BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE
ET MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE,
CORRESPONDANT DES ACADÉMIES ROYALES DE MÉDECINE DE BELGIQUE ET DE TURIN,
DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER,
DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE
DE LYON, BORDEAUX, STRASBOURG, ETC.
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME SOIXANTE-DEUXIÈME.



PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1862



BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil rétrospectif sur les principaux travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique* pendant le cours de 1861. — Caractère général de ces travaux.

Lorsque nous nous reportons par la pensée aux luttes ardentes qu'eut d'abord à soutenir ce journal, lors de sa fondation, il y a quelque trente-deux ans, nous ne pouvons nous empêcher de nous applaudir de l'heureux changement qui s'est fait dans les esprits, et qui donne à la science une allure plus calme et plus en harmonie avec le but austère qu'elle poursuit. Si le terrain de la médecine était encore alors une arène où les passions se montraient souvent à côté de l'amour de la vérité, la raison en était simple, c'est qu'une erreur, une erreur immense, par ses conséquences sur la pratique, la doctrine de l'irritation, appelait cette réaction nécessaire, honneur éternel de ceux qui y combattirent vaillamment : lutte du bon sens et de la raison. Pourtant il ne semble pas que ce fut là la cause unique de cette ardeur souvent intempérante, et quand on y regarde d'un peu près, on trouve qu'il y en a encore une autre, c'est que, si un certain nombre d'esprits supérieurs avaient parfaitement compris la méthode d'observation dans la rigueur de ses applications logiques, beaucoup ne s'étaient point encore assimilé cette méthode, de manière à ce qu'elle devînt ou plutôt redevînt une faculté innée de l'intelligence. C'est toujours une chose qui nous étonne que cette marche lente de l'esprit humain ; il semble que les hommes soient d'hier, tant est difficile à se faire leur éducation dans la vérité. Quoi qu'il en soit à cet égard, quelque temps qu'ils aient mis à comprendre ce que c'est que cette méthode, tous ou presque tous au moins la comprennent au-

jourd'hui et en font la règle fondamentale de leur conduite médicale. Toutefois nous craignons que dans ce retour à cette méthode, en dehors de laquelle la science n'eût jamais dû marcher sans une excessive circonspection, plusieurs, nous entendons ici parler uniquement des praticiens, ne se trompent dans l'application qu'ils en font quelquefois aux enseignements de leur pratique particulière. Oui, sans doute, l'observation est la source unique des enseignements de l'art, mais à une condition, c'est que cette observation se fasse sur une large base ; car en dehors de cette condition, il est possible que l'interprétation qu'on donne aux faits ne soit pas l'interprétation vraie des choses : de même encore que c'est là ce qui borne la portée de l'expérience personnelle de chacun de nous, expérience toujours courte par quelque endroit, pour employer l'expression d'un homme illustre, c'est là ce qui fait que celle-ci ne peut être et n'est nécessairement que le résultat d'une expérience collective ; c'est là une des raisons d'être de la presse périodique, quand elle comprend sa mission : œuvre laborieuse de l'observation de tous, elle devient pour tous le guide pratique le plus sûr. Un de nos collaborateurs les plus distingués, M. Fonssagrives, cherchait naguère à combattre, dans les colonnes mêmes de ce journal, le scepticisme : il est réel dans beaucoup d'esprits, et nous sommes convaincu que cette sorte d'infatuation pour les résultats de sa singulière observation, a conduit, à son insu, plus d'un honorable praticien à ses doutes sur la réalité de l'efficacité de l'art médical. Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur ce point; mais, puisque cet ordre d'idées nous a conduit à rappeler le travail du savant professeur de Brest, qu'on nous permette de recommander ici aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* la lecture de cette courte et substantielle notice, *le Scepticisme en médecine*. Comme c'était un sujet qui se prêtait admirablement aux fantaisies d'une plume facile, M. Fonssagrives a vu cette pente et l'a évitée : sobre et ferme en son appréciation, le médecin de Brest a vu le mal, a en vu les causes, et il les a courageusement signalées. Ces quelques pages, écrites sans effort, reflètent à la fois un sentiment vrai de la réalité de la science et de la dignité de l'art, et l'auteur trace d'une main ferme les moyens de se pénétrer de l'une et de l'autre.

Si nous aimons à ouvrir libéralement, et pourtant dans la mesure que commandent les nécessités de la pratique, les colonnes de ce journal à des discussions qui, comme cette dernière, tendent à tenir l'esprit constamment en éveil sur les fondements mêmes de la science, nous nous faisons également un devoir de reproduire sous leur forme

la plus arrêtée les discussions de l'Académie de médecine, quand ces discussions roulent sur des questions dont la solution importe surtout à la pratique de tous les jours. C'est ainsi, pour ne citer que la plus importante de ces discussions, que nous avons cru devoir reproduire les vues de M. le professeur Trousseau sur la congestion cérébrale apoplectiforme. Nous ne croyons pas, pour notre compte, que les idées du savant professeur de clinique sur ce point intéressant de la pathologie, présentées sous une forme si absolue, soient à l'abri de toute contestation et nous ne pensons pas que dans plus d'un cas où l'on prononce sans hésiter le nom de congestion cérébrale il y ait, en effet, autre chose, et qu'il s'agisse d'un état du système nerveux qu'on ne fait point disparaître par une pure et simple déplétion du système sanguin. Les vues de M. Trousseau sur ce point délicat de pratique ont de l'originalité; mais si grande que soit la base sur laquelle s'appuie son observation, nous croyons qu'il y a quelqu'un qui voit encore plus de malades que lui, et ce quelqu'un c'est tout le monde. Nous avons donc soumis ces vues à la sagacité de nos lecteurs; c'est à eux qu'il appartient, en définitive, de prononcer sur la valeur de cette conception hardie, de décider, en présence des faits, si elle est vraie, et dans quelle mesure elle est vraie. Un de nos collaborateurs, dont on n'a point oublié les recherches laborieuses sur le traitement de l'épilepsie, M. Herpin, est venu témoigner en faveur des idées de M. Trousseau ; c'est là sans doute un témoignage imposant; mais il ne suffit point à lui seul pour valider les conclusions si absolues du professeur de clinique médicale. Les enseignements d'une expérience plus large sont nécessaires, ce sont, nous le répétons, les enseignements de l'expérience de tous.

Les maladies organiques du cœur, traumatisme purement local, empruntent au caractère de l'organe qui en est le siége, simple agent mécanique de la circulation, quelque chose de la simplicité de ses fonctions : ici le cadavre explique tout ou presque tout. Voyez combien est difficile la science laborieuse que nous cultivons; en présence de ces éléments si nets, si positifs en leur signification, la physiologie hésite encore, cependant; il semble, comme l'a dit un spirituel critique, que nous voyions *en dedans de la montre*, et nous ne savons pas complétement au moins la cause même des bruits qui s'y passent. Ce que je dis là de la physiologie et de la pathologie du cœur, on peut le dire en partie de l'action des moyens thérapeutiques, et surtout du moyen thérapeutique par excellence que nous opposons à ces maladies, la digitale. La digitale est-elle l'opium ou le quinquina du cœur? Cette question, depuis longtemps

posée et pas encore résolue, M. Richard Pfaff a cherché à l'éclaircir, en même temps qu'il s'est efforcé de préciser les indications auxquelles peuvent répondre et répondent souvent les préparations de digitale dans les maladies de l'organe central de la circulation. Le mémoire de M. Richard Pfaff, sur ce point difficile de thérapeutique, mérite d'être lu et médité.

Un esprit hardi, impatient de l'ornière, dont nous aimons également à rappeler les travaux dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, c'est M. Brown-Séquard; c'est surtout du côté de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, que cet habile et sagace expérimentateur, émule de MM. Claude Bernard et Longet, se plaît à diriger ses savantes recherches. Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié la note intéressante, empruntée cette année par ce journal, à un travail considérable de l'illustre physiologiste, et qui a trait à la physiologie de l'épilepsie, si nous pouvons ainsi dire, et à son traitement. Assurément il y a une épilepsie idiopathique, qui naît uniquement de l'impressionnabilité anormale, souvent héréditaire des centres nerveux, et cette épilepsie-là, malgré les travaux suivis de M. Herpin, qui ont trouvé leur place dans divers volumes du *Bulletin de Thérapeutique*, la médecine n'est encore en mesure de lui opposer qu'une médication fort incertaine dans ses résultats (valériane, belladone, lierre, selin des marais, etc.); mais à côté de cette épilepsie, il y a l'épilepsie que notre savant confrère appelle, avec infiniment de raison, l'épilepsie réflexe, et qu'on parvient quelquefois à combattre efficacement, ainsi qu'il le montre, en agissant énergiquement sur le foyer d'émergence ou de fulguration morbide, au moyen de la cautérisation, de la ligature ou d'un simple vésicatoire, et probablement aussi à la faveur de l'anesthésiation locale, si l'on pouvait un jour parvenir à la réaliser d'une manière plus complète qu'on n'a pu le faire jusqu'ici au moyen du chloroforme ou de l'amylène, etc. La maladie comitiale est une maladie si terrible, elle conduit si vite à la dégradation humaine, ce qui est pire encore que la mort, qu'il n'est pas si petite lueur de vérité que nous distinguions à l'horizon, relativement au traitement de cette effroyable servitude pathologique, que nous ne nous empressions de la signaler. Ce n'est point chose nouvelle, sans doute, que la méthode thérapeutique qui consiste à traiter de cette façon l'épilepsie où se rencontre l'aura, l'épilepsie réflexe ; mais les faits qui établissent cette vérité sont souvent, dans la tradition de la science directe, mêlées à des conceptions théoriques si absurdes, à des fantaisies de si haut goût, qu'on a presque oublié les uns par dédain

pour les autres. Evoqués de nouveau sous la lumière d'une physiologie moins aventureuse, ces faits reprennent en quelque sorte droit de domicile dans la science, et nous nous sommes empressé d'appeler sur eux l'attention du public médical.

Un homme dont la perte se fera sentir longtemps encore peut-être, dans une faculté dont il était et dont il restera une des gloires les plus pures, le professeur Forget, a enrichi ce journal d'une foule d'articles plus ou moins étendus, et où se marquait toujours le trait original d'un esprit à la fois honnête et hardi ; la mort a paralysé cette plume vaillante, et nous avons été heureux d'insérer dans les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique* les dernières pages qu'il ait consacrées à une science qui lui doit de si importants travaux. Dans la note, où l'éminent professeur de Strasbourg a consigné ses observations sur l'influence de la morphine à hautes doses dans les dyssenteries, comme dans celle où il étudie sommairement l'action du vésicatoire sur le zona, on reconnaît toujours l'esprit net qui ne veut pas plus se surfaire à lui-même qu'il ne veut surfaire aux autres la puissance de la thérapeutique, mais qui, en même temps, s'applique à tirer des indications positivement utiles tout le parti qu'on en peut tirer. L'opium est peut-être des nombreux agents thérapeutiques qui ont fixé plus particulièrement l'attention de son esprit curieux, celui que Forget a le plus longuement étudié. Dans la note que nous rappelons en ce moment, on sent, comme dans ses autres travaux du même ordre, que l'on a affaire là à un maître, à un homme qui a poussé jusqu'à ses dernières limites les investigations qui ont pour but de fixer la science sur un point donné de l'expérience pratique. Le même esprit se révèle dans les dernières lignes, en quelque sorte, qu'il nous a laissées sur l'action du vésicatoire dans le traitement du zona. Il est douteux, en effet, quelle que soit la manière dont on explique l'action de ce moyen dans ce cas, qu'on puisse par là faire avorter cette forme singulière d'*herpès :* mais si ce but est illusoire, l'art n'est cependant point désarmé dans cette maladie ; les douleurs tenaces, qui souvent y survivent, les ulcérations qui succèdent à l'affection vésiculaire, reliquats morbides plus pénibles, plus dangereux même que la maladie dont ils sont la conclusion, n'échappent point à la puissance de la thérapeutique, qui peut leur opposer des moyens utiles. On nous pardonnera d'avoir donné, dans ce résumé de nos travaux annuels, une place plus large qu'elles ne méritent peut-être aux deux courtes notices de Forget : ce nous a été une occasion de rappeler au souvenir de nos lecteurs la mémoire d'un homme que

nous avons aimé, et dont ils ont été à même, ici plus que partout ailleurs, d'apprécier la haute intelligence, la rigide probité et la généreuse indépendance. Quand des hommes comme celui-là tombent autour de nous, faisons de leur souvenir autant de bornes milliaires de notre vie, cela reconforte et nous donne plus d'ardeur pour le bien.

Les noms de MM. Marotte, Bouchut, Hervieux, etc., qui figurent au bas de divers travaux publiés par le *Bulletin de Thérapeutique*, suffisent certainement pour rappeler ceux-ci au souvenir de nos lecteurs.

Qu'il nous suffise encore de mentionner seulement en passant les notes substantielles de M. Duclos, de Tours, relatives, l'une à l'emploi du nitrate d'argent en lavement dans la dyssenterie, l'autre à un traitement particulier de l'asthme fondé sur une conception au moins fort ingénieuse de la nature de cette maladie. Nous ne ferons que mentionner également le travail de M. le professeur Delioux sur l'usage de l'encens dans la bronchite chronique, l'article de M. Fonssagrives sur la xérophagie, qui inspirera à tous le désir de lire tout entier l'ouvrage dont cet article a été comme les prémices, et qui ne tend, en effet, à rien moins qu'à combler une lacune sur plusieurs points réelle, et dans les ouvrages classiques, et dans les esprits qui se nourrissent exclusivement du pain quelquefois un peu sec de ces ouvrages; nous ne ferons que rappeler également les faits toujours intéressants qu'ont consignés, dans une correspondance que nous voudrions voir s'agrandir encore, MM. Lafargue de Saint-Emilion, Lecointe, Corlieu, Cellarier, Baudon, etc., etc. Mais, avant de terminer la partie médicale de ce résumé très-sommaire de nos travaux, nous demandons la permission au lecteur de lui rappeler la question qu'un des premiers au moins nous avons mise à l'ordre du jour, nous voulons parler de la contracture spasmodique du sphincter vaginal et de son traitement. Comme cette maladie est sur la limite qui sépare la médecine de la chirurgie proprement dite, ces remarques nous serviront de transition pour passer de la partie de ce coup d'œil rétrospectif rapide qui regarde la médecine à celle qui regarde les travaux chirurgicaux qu'a également publiés, dans l'année qui vient de finir, le journal que nous avons l'honneur de diriger.

Si l'on peut dire avec raison que cette maladie était connue depuis bon nombre d'années déjà, et que, bien que plusieurs cliniques ou traités de pathologie chirurgicale ne la mentionnent pas, ou ne la mentionnent que d'une manière fort incomplète, la plupart des

chirurgiens en avaient observé un certain nombre de cas, il n'en est pas moins vrai que la notion de cette maladie n'était pas dans les notions courantes de la science, et que le praticien non prévenu, se trouvant en face de cette affection, s'est plus d'une fois trouvé embarrassé pour la combattre. C'est cette lacune dans la science pratique que nous avons voulu combler en traitant longuement la question qui s'y rattache. Les points essentiels que nous nous sommes appliqué à mettre surtout en lumière dans ce travail, ce sont les indications fondamentales que présente la maladie, et qui dérivent ou de la nature simplement hypéresthétique du mal, ou de sa nature traumatique. Il est évident qu'il faut tout d'abord remplir ces indications ; puis, si la contracture survit à la cause qui l'a provoquée, ce qui est le cas le plus ordinaire, combattre directement cette contracture au moyen de diverses méthodes que nous avons discutées, en nous efforçant d'indiquer celle qui nous paraît la plus propre à atteindre le but sans le dépasser. Nous engageons nos lecteurs à avoir l'œil ouvert sur une maladie dont les conséquences sont quelquefois si graves, qu'on l'a vue conduire au suicide les malheureuses femmes qui en étaient atteintes. Si nous nous permettons de rappeler brièvement ici ce travail, c'est bien moins pour justifier les vues particulières que nous y avons pu émettre, que pour provoquer des recherches qui confirment celles-ci, ou montrent, par les enseignements d'une expérience plus étendue que notre expérience personnelle ou celle de quelques-uns de nos amis doivent être modifiées, et en quoi elles doivent l'être. Mais c'est trop nous arrêter sur un travail personnel, le *moy* nous est odieux comme à Montaigne ; passons, et achevons ce rapide résumé en indiquant d'un trait rapide les principaux points pratiques auxquels le *Bulletin général de Thérapeutique* a touché, en ce qui a trait à la chirurgie, pendant le cours de l'année 1861.

Une des question qui intéressent le plus la thérapeutique chirurgicale, à cause de la fréquence des faits à propos desquels elle se pose, et par les obscurités dont ceux-ci s'entourent dans un grand nombre de cas, c'est celle qui est relative aux hernies. Il faudra encore de bien nombreuses observations pour arriver à tracer à la pratique une voie sûre, qui la conduise toujours au but. C'est en vue de concourir, pour notre part, à ce perfectionnement progressif de l'art, que nous avons inséré, dans les colonnes du *Bulletin de Thérapeutique,* plusieurs travaux relatifs à la question des hernies, que nous croyons devoir rappeler au souvenir de nos lecteurs. Les hernies ombilicales congénitales ont d'abord fixé notre attention : à

l'aide d'une étude historique qui offrait plus d'une difficulté, à l'aide surtout de faits précis qu'ont bien voulu nous communiquer MM. Stoltz, Hergott, Guersant et Martin, nous sommes arrivé à établir un point de pratique important dans la thérapeutique des hernies ombilicales congénitales, c'est à savoir que la cure de cette espèce de hernie sera d'autant plus certaine qu'on abandonnera plus complétement la lésion aux efforts spontanés de l'organisme. Le chirurgien tend toujours un peu à agir; limiter cette action, c'est quelquefois servir réellement l'art, aussi bien qu'en perfectionner les procédés. Un de nos plus jeunes et de nos plus distingués chirurgiens, dont le nom depuis longtemps déjà occupe un rang élevé dans la science, M. Verneuil, s'est chargé de traiter avec la sagacité qu'il montre dans tous ses travaux, et sa haute indépendance, la question toujours actuelle des hernies étranglées. Nous n'hésitons pas, pour nous, à signaler ce travail comme un des meilleurs et des plus pratiques qui aient paru cette année dans la presse périodique sur les questions chirurgicales. Les hernies étranglées constituent un des cas les plus fréquents et les plus graves de la chirurgie pratique : le chirurgien ne saurait donc, sans manquer à un devoir essentiel, se dispenser de suivre pas à pas la marche de la science sur une question de cette importance.

Nous signalerons également comme un travail qui répond à une infirmité grave entre toutes, la surdi-mutité, les recherches qu'a publiées cette année même, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, M. Duchenne, de Boulogne : le fait remarquable qu'a publié notre laborieux collaborateur, et qui montre l'influence heureuse de la faradisation du tympan et des muscles moteurs des osselets, ce fait doit-il nous faire espérer qu'il y a là une ressource dont l'expérience nous apprendra à nous servir pour triompher d'une des infirmités les plus graves auxquelles soit exposée l'espèce humaine ? C'est là évidemment une question que nous ne saurions résoudre : elle est posée, et dans un sens ou dans un autre l'avenir la résoudra.

L'urétrotomie interne, appliquée à quelques cas de rétention d'urine par un chirurgien habile, M. Dolbeau, la curabilité de l'amaurose albuminurique ou diabétique par M. Duval ; l'application de la double gouttière de Bonnet au traitement de la fracture du col du fémur, par M. Philipeaux ; l'application d'un nouveau procédé cheiloplastique, par M. Sédillot, etc., etc., ce sont là, assurément autant de travaux qui montrent que la direction que suit le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale* est la direction que commande la pratique elle-même, et nous sommes

heureux de constater ici que les chirurgiens qui ont le plus d'autorité et d'avenir veulent bien nous accorder leur indispensable concours pour marcher vers le but que nous poursuivons, et qui est essentiellement de seconder et de faciliter en même temps la pratique d'une des branches les plus difficiles de l'art.

Pour attirer l'attention du public médical, plusieurs journaux, à cette époque de l'année, s'empressent de tracer en termes magnifiques un programme d'avenir qu'ils remplissent toujours, nous en sommes convaincu : plus modeste en nos prétentions, et nous reposant aussi un peu, confessons-le, sur la garantie moins problématique d'un passé qui n'est pas sans gloire, le *Bulletin de Thérapeutique* se contente de résumer chaque année ce qu'il a fait l'année précédente : il nous semble, comme le dit le proverbe italien, qu'il vaut mieux se nourrir de souvenir que d'espérance, *di memoria nudirsi più che di speme* : nous sommes sûr que nos lecteurs, esprits positifs, ne pensent point à cet égard autrement que nous ; c'est ce complet assentiment qui nous engage à marcher toujours dans la même voie, parce qu'il nous est une preuve qu'elle est la bonne.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des pommades de glycérine au point de vue du traitement des maladies des yeux.

Lorsqu'on réfléchit à la fréquence des ophthalmies externes, à la longue durée de bon nombre d'entre elles, on s'explique comment les médecins ont été amenés, dès les débuts de l'art, à multiplier les formes médicamenteuses. Que l'on parcourre les ouvrages les plus anciens, et l'on verra les collyres, les poudres et les pommades, recommandés pour le traitement des affections oculaires. Nous voulons en fournir la preuve en citant quelques passages d'un auteur qui vivait au début du quatrième siècle de notre ère. Ce chapitre d'Antylus est digne de tout notre intérêt, puisqu'il résume l'état de la science et de la pratique chez les Grecs et les Romains.

« Les collyres proprement dits s'appliquent aux yeux, tandis que ceux qu'on appelle vulgairement *collyres entiers* sont, ou appliqués contre des organes (utérus), ou introduits dans des cavités (fistules)... Quant aux collyres pour les yeux, on les prépare au printemps... on triture les médicaments secs à part, de manière à pouvoir les faire passer sans difficulté, conjointement avec le liquide, à travers les

cribles les plus fins. Le liquide ne devra pas être versé d'un seul coup, mais peu à peu, de manière que le médicament conserve toujours la consistance du marc d'huile ou de la colle, pendant qu'on le triture ; car de cette manière les ingrédients qu'on y met s'y combineront ; si, au contraire, on ajoute tout le liquide à la fois, les substances minérales vont au fond, et les substances aromatiques restent à la surface ; elles ne seront pas forcées de se combiner entre elles et ne subiront pas l'action du pilon, parce qu'elles s'écartent et s'échappent, grâce au liquide. L'eau qu'on emploie doit être de l'eau de pluie, parce que cette eau est ténue et pénètre à travers tout, à moins que ce ne soit le vin qui serve d'excipient au collyre. Les collyres qu'on fait avec les substances minérales doivent être triturés pendant longtemps ; mais ceux qu'on fait avec les sucs n'ont besoin que d'une trituration peu prolongée. Quand les collyres sont parvenus à un degré suffisant de trituration, on y met de la gomme pour les raffermir et pour les empêcher qu'ils ne cassent quand ils sont séchés, car la gomme ne possède aucune propriété spécialement utile pour les yeux. Après avoir pétri le collyre, il faut le conserver dans un vase de bronze, car le bronze améliore les médicaments oculaires. On emploiera immédiatement les collyres faits avec les sucs, tandis que les collyres composés, faits avec les substances minérales, deviennent meilleurs en vieillissant.

« Contre une ophthalmie commençante, surtout quand c'est en été, il convient d'employer les collyres au glaucium, au safran, à la sarcolle ; contre une fluxion, ceux aux roses, aux pepins de datte brûlés et aux pousses d'olivier ; contre les douleurs intenses, ceux à la terre étoilée et ceux à l'amidon, qu'on appelle *collyre de Babylone* ; contre le chémosis, ceux aux fleurs de zinc, à la céruse, à l'épi de nard ; contre les ulcères, ceux à l'encens ; et contre les affections de longue durée, les collyres âcres ; ces mêmes collyres conviennent aussi contre l'obscurcissement de la vue. Les ingrédients qui entrent dans la composition des collyres se trouvent indiqués partout.

« En cas de chémosis, ou d'inflammation grave, il faut administrer les collyres sous forme d'injection ; de cette façon on évite l'emploi de la spatule, qui irrite l'organe malade par son contact ; dans les autres circonstances, on se sert des collyres sous forme d'onction. Mais il faut que le bouton de la spatule ne touche pas à l'œil ; on appliquera, au contraire, le médicament en en enduisant la paupière inférieure.

« Les méthodes dont on se sert pour appliquer les collyres sous forme d'onction, en passant la sonde ou derrière la paupière, ou

en renversant cet organe, ont quelque chose qui sent l'ostentation ; mais elles sont indignes d'un médecin ; en effet, la première nuit à l'œil, attendu qu'il est raclé par la spatule, laquelle est un corps résistant, et la seconde produit des callosités aux paupières.

« Les collyres qu'on appelle humides sont usités contre l'obscurcissement de la vue et contre les cataractes commençantes ; on les prépare avec du miel de l'Attique, du baume de Judée et de la bile... Quelque fois on y met aussi du suc de fenouil, de l'huile qui, par l'effet du temps, est parvenue à un état de ténuité et de grande liquéfaction, du suc deC yrène, de la cannelle, ou de la graine de la plante qu'on appelle *bésasa*, et que nous croyons être de la rue sauvage, etc.

« Tous les médicaments oculaires, mais surtout les médicaments humides doivent être administrés dans des circonstances favorables, et il faut les employer quand la tête n'est pas embarrassée, que le ventre est relâché ; il ne faut recourir particulièrement aux collyres humides que lorsque le ciel est clair et pur, et que le vent est au nord, car si le vent souffle du sud, ou si l'air est nébuleux, humide, ou froid, ou glacé, l'administration de ces collyres ne produit aucun effet. Quand l'atmosphère est telle que nous venons de le dire, on sera très-réservé aussi dans l'emploi des autres médicaments qui conviennent contre les ophthalmies, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas très-pressant, et même dans cette circonstance, on n'emploiera ces médicaments que rarement et en petit nombre. »

Nous avons cité en entier le chapitre d'Antylus, afin de donner une idée de la pratique des anciens ; la manière dont ils préparaient leurs collyres et appliquaient ces médicaments. On a vu que leurs collyres présentaient le plus souvent la consistance d'une colle, et qu'ils devaient cette densité à l'addition de la gomme et de l'amidon; que les médicaments étaient appliqués à l'aide d'une spatule et déposés dans le cul-de-sac conjonctival formé par l'abaissement de la paupière inférieure; on les étendait ensuite sur la surface du globe de l'œil par la friction des paupières, méthodes encore en usage de nos jours.

Nous ne voulons pas poursuivre l'étude historique de l'emploi des pommades dans le traitement des maladies des yeux, et nous sauterons un intervalle de quinze siècles, car notre but est d'appeler tout spécialement l'attention de nos lecteurs sur une nouvelle espèce de pommades faites avec la glycérine; médicaments que l'on a cru, avec raison, devoir introduire dans la thérapeutique oculaire. Le travail le plus important à cet égard est dû à notre savant confrère

M. A. de Graefe, et se trouve publié dans ses Archives d'ophthalmologie (T. VI, deuxième partie, p. 129).

M. de Graefe débute dans sa note par établir que M. Simon, pharmacien fort distingué de Berlin, est le premier qui ait réussi à préparer d'une manière satisfaisante les pommades à la glycérine, en prenant les proportions de 1 partie d'amidon pour 5 de glycérine; aussi désigne-t-il le nouvel excipient (le glycérolé d'amidon) sous le nom d'*excipient Simon*. L'initiative de cette préparation appartient aux pharmaciens français, et les renseignements pharmacologiques que nous donnons plus loin nous permettent de donner de suite la traduction de la partie du travail du savant professeur de clinique ophthalmologique de Berlin qui nous intéresse le plus.

« Tout d'abord il m'a paru probable, dit M. de Graefe, que ces nouvelles préparations pouvaient être substituées avec avantage aux pommades ophthalmiques habituellement en usage, et cette pensée m'a engagé à instituer des essais comparatifs sur un grand nombre de malades. Quoique mes expériences cliniques ne soient pas encore assez anciennes pour que je puisse présenter un jugement définitif sur cette question, je crois cependant pouvoir signaler les résultats suivants.

« Les nouvelles pommades au précipité mercuriel rouge, à l'acétate de plomb, au nitrate d'argent, employées dans la blépharo-adénite, la séborrhée palpébrale, ne présentent pas d'avantage sur les anciennes, et même l'excipient de M. Simon (glycérolé d'amidon), est inférieur aux excipients gras. L'axonge, dans ces maladies, est particulièrement utile en ce qu'elle détache du bord libre des paupières la matière sébacée qui y est adhérente. Il est même reconnu que dans les cas légers de séborrhée palpébrale des pommades simples, composées surtout d'un excipient graisseux, suffisent pour amener la guérison.

« Quant à la pommade au précipité rouge, si active dans un grand nombre d'affections oculaires, et que M. Pagenstecher, de Wiesbaden, a appliqué avec grand avantage au traitement de la conjonctivite phlycténulaire, et des autres accidents qui l'accompagnent [1], je puis mentionner avec éloge la substitution de l'excipient de M. Simon. La solubilité de la nouvelle pommade dans l'eau fait qu'elle se dissout dans le mucus des larmes, au lieu d'être expulsée comme celle qui a pour base les substances grasses. Son moindre degré de consistance leur permet d'être étendue à toute la surface du globe de

---

[1] Voir à la Correspondance l'article de M. le docteur L. Wecker, page 27.

l'œil, à l'aide d'une douce friction exercée sur les paupières. Par ces mêmes raisons, toute pommade au précipité rouge, préparée avec le glycérolé d'amidon, doit être regardée comme relativement plus active ; ainsi, je me suis assuré que 10 centigrammes de précipité rouge, dans 4 grammes d'excipient Simon, égalent 15 à 20 centigrammes du même sel incorporés avec de l'axonge.

« Pour la facilité de la décomposition du médicament, il faut avouer que, même dans la pommade de Simon, le deutoxyde, en se réduisant, la décolore peu à peu. Mais cette décomposition n'est nullement aussi nuisible que dans la pommade ordinaire préparée avec l'axonge. On sait que la formation d'un peu d'oxydule de mercure ne nuit pas, elle affaiblit seulement l'action de la préparation médicamenteuse à un faible degré ; tant que la pommade n'est pas complétement altérée, il n'y a jamais qu'une faible quantité de deutoxyde qui est transformée en oxydule, et que l'oxydule, employé à une dose relativement plus considérable, exerce une action thérapeutique semblable à celle du deutoxyde, quoique pas tout à fait équivalente ; ce dont je me suis convaincu par des expérimentations comparatives. La décoloration de la pommade de deutoxyde de mercure préparée avec l'axonge n'est nuisible que parce qu'elle indique en même temps la rancité commençante de l'excipient. Les produits de la décomposition de la glycérine n'ont pas, comme ceux des acides gras, une action irritante, de sorte que la pommade à la glycérine, même un peu décolorée, ne doit pas être rejetée comme hors de service. D'ailleurs, la décomposition de cette pommade se manifeste seulement à la surface de la préparation, et si on mélange cette couche mince avec la masse de la pommade, on peut continuer pendant longtemps encore l'emploi du médicament, sans remarquer une différence notable dans son action curative. »

Nous ne comprenons pas bien ce passage de la note du savant ophthalmologiste de Berlin, il commet une erreur manifeste. L'oxyde de mercure, en se décomposant et en se transformant en oxydule, ne saurait décolorer la pommade de glycérine, chimiquement cela n'est pas possible, car l'oxydule, ou protoxyde de mercure, est gris foncé ; or, si la décomposition indiquée par M. de Graefe avait lieu, la pommade se foncerait en couleur au lieu de se décolorer. Mais, dira-t-on, le fait a lieu pour les pommades préparées avec l'axonge ; cela est vrai, mais provoqué par une autre réaction. La décoloration a lieu dans ces dernières pommades, parce que lors de la décomposition du sel mercuriel par suite de la rancidité du corps gras, il se forme des stéarates, des margarates, des butyrates mercuriels et

que ces sels sont blancs. Le même phénomène ne saurait avoir lieu lorsqu'on se sert de glycérine pure, nous nous en sommes assuré en faisant préparer sous nos yeux plusieurs échantillons de ces pommades à la pharmacie de MM. Mialhe et Grassi.

« Les pommades à la glycérine, poursuit M. de Graefe, m'ont semblé présenter un avantage particulier dans les cas de disposition au gonflement de la conjonctive ou de granulations. Dans ces cas, le sac conjonctival supporte, en général, beaucoup mieux le glycérolé d'amidon que l'axonge, et de plus il faut tenir compte, dans l'emploi des médicaments topiques, tels que le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'acétate de plomb, de ce grand avantage que dans les pommades de Simon, ces sels se trouvent contenus à l'état de de dissolution réelle. C'est pourquoi j'ai essayé, dans les cas de granulations, avec ou sans pannus, de substituer à l'application directe du crayon de sulfate de cuivre sur les paupières renversées celle d'une pommade de Simon contenant 10 centigrammes de sulfate de cuivre pour 4 grammes de glycérolé d'amidon. Bien que ces essais n'aient pas réussi dans la majorité des cas, j'ai néanmoins constaté une action thérapeutique plus efficace que celles des collyres analogues ; aussi je regarde son emploi comme avantageux pour le traitement des malades qui ne peuvent que rarement venir consulter leur médecin. On sait, en effet, combien la guérison de ces malades présente de difficultés. Les pommades au nitrate d'argent peuvent également être prescrites, si la sécrétion n'est pas très-abondante ; mais, pour me prononcer d'une manière positive sur leur utilité, la durée de leur application, j'ai besoin de multiplier encore mes expériences.

« La pommade au sulfate d'atropine, ayant pour base l'excipient de Simon, peut être mise en usage dans la plupart des cas qui réclament l'emploi de cette substance médicamenteuse. Ses avantages, sur celles des pommades préparées avec l'axonge, sont incontestables, à cause de la solution et de la distribution parfaite de l'agent thérapeutique. Pour les cliniques où se présentent de nombreux malades, cette forme pharmaceutique offre une économie réelle sur l'usage des solutions aqueuses ; il y a moins de perte dans l'emploi d'une pommade. Un avantage non moins réel, mais plus précieux, est le moindre danger de la transmission des produits pathologiques contagieux, d'un malade à un autre, lors de l'application de la pommade que l'on introduit à l'aide de spatules et d'autres instruments lisses. Les pinceaux sont certainement, après les éponges, les agents les moins sûrs, sous le rapport du nettoyage. »

Ces précautions minutieuses, sur lesquelles M. de Graefe insiste avec raison, ne sembleront futiles qu'à ceux qui ignorent la facilité avec laquelle se transmettent certains principes contagieux de la blennorrhée conjonctivale. Dans l'espèce, l'atropine n'ayant aucune action neutralisante sur le mucus contagieux, les soins doivent redoubler; mais ces conseils n'ont de valeur que pour les chirurgiens qui, de même que le professeur de Berlin, appliquent eux-mêmes ces pommades aux malades de leurs consultations publiques.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du glycérolé d'amidon comme excipient des pommades et spécialement des préparations destinées au traitement des maladies des yeux.

Le sujet dont nous abordons l'étude vient nous fournir une nouvelle preuve de l'importance qu'il y a pour les praticiens qui veulent rester à la hauteur de leur mission, à ne pas demeurer étrangers aux connaissances pharmacologiques. Lorsqu'ils prescrivent l'usage d'un nouvel agent thérapeutique, ils doivent toujours se rendre compte si la préparation fournie à leurs malades est bien exécutée, et si elle ne l'est pas, pouvoir indiquer au pharmacien en quoi elle pèche. En effet, ce ne sont pas nos conseils qui guérissent, mais les médicaments que nous mettons en œuvre; or, si ces médicaments sont mal préparés, nous échouerons.

Une des causes du succès des spécialités pharmaceutiques, et dont ne se sont pas rendu compte les savants qui cherchent à combattre l'extension de cette plaie de la profession, est encore cette ignorance où sont les médecins, et qui ne leur permet pas de juger de la valeur des nouveaux médicaments qu'ils prescrivent. Les praticiens savent que l'industrie a un intérêt à livrer un bon produit, d'une préparation toujours identique; aussi, ne pouvant contrôler la valeur de ceux livrés par les pharmacies ordinaires, ils ordonnent de préférence les médicaments qui sont l'objet d'une spécialité.

Une autre circonstance vient encore engager le médecin à s'occuper de pharmacologie. Tous les pharmaciens ne lisent pas nos journaux, et ne se tiennent pas, par là, au courant du mouvement de la thérapeutique, de sorte que toutes les fois que nous prescrivons une nouvelle préparation, nous devons nous enquérir de la façon dont elle sera exécutée, afin d'être bien certains qu'il ressortira de

son emploi les effets promis. M. le docteur Follin nous avouait que depuis la publication de la note de M. de Graefe sur les nouvelles pommades ophthalmiques, il avait voulu expérimenter la pommade au précipité rouge, et que des cinq ou six préparations qui lui avaient été fournies par d'excellentes pharmacies de la capitale, aucunes ne se ressemblaient.

Nous divulguons ces faits, parce qu'ils prouvent : aux médecins la nécessité de veiller à la bonne confection des remèdes qu'ils prescrivent ; aux pharmaciens l'intérêt qu'ils ont de se tenir au courant de la marche de la thérapeutique, s'ils veulent mettre un frein à l'extension des médicaments spéciaux.

Ceci dit, nous entrons en matière :

Les excipients employés pour la confection des pommades sont nombreux ; les plus en usage sont : l'axonge, le cold-cream, le cérat, la moelle de bœuf, le beurre, l'onguent rosat, le beurre de cacao, le blanc de baleine, etc. A ces nombreux produits, nous venons en joindre un nouveau, sur lequel nous n'avons pas encore appelé assez fortement l'attention de nos lecteurs ; c'est le *glycérolé d'amidon*. Le principal motif était la mauvaise préparation des glycérines qu'on livrait aux pharmaciens ; aujourd'hui que le nouveau traité decommerce permet l'introduction des produits anglais, et que l'industrie française a beaucoup amélioré ses produits, notre abstention n'a plus de motif et serait coupable.

On connaît la propriété précieuse que possède la glycérine de dissoudre un grand nombre de sels métalliques; aussi n'a-t-on pas tardé de substituer cette substance à l'eau, comme véhicule des collyres. De cette forme à celle des pommades, il n'y avait qu'un pas qui devait être rapidement franchi. L'espace nous manque pour tracer un historique rigoureux de ce point de pharmacologie, dont les éléments se trouvent dans nos deux dernières tables générales. Il nous suffit, pour notre but, de rappeler que plusieurs oculistes avaient cherché à donner aux glycérolés la densité voulue, en leur associant la gomme adragante. Cette addition était peu heureuse, puisque cette substance est insoluble dans l'eau, aussi leurs formules ne sont-elle pas entrées dans la pratique. MM. Cap et Garot, de leur côté, ont tenté de solidifier quelques-uns de leurs glycérolés en y ajoutant de l'amidon, afin de constituer des pommades. Ils donnaient bien par là une plus grande densité à leurs produits, mais ils formaient de simples mélanges, les grains d'amidon demeuraient des corps étrangers qui devaient, à la longue, se séparer, et, en effet, au bout d'un certain temps, l'amidon se précipitait.

Il restait fort peu de choses à faire pour réaliser une préparatiou destinée à prendre rang dans la thérapeutique; il suffisait d'employer la ehaleur pour hydrater l'amidon, et pour constituer un empois à la glycérine; ce que nous avons exécuté.

Le glycérolé d'amidon nous paraît devoir constituer un des meilleurs exeipients des pommades, surtout de eelles de ces préparations qui, en raison des propriétés spéciales de la glycérine, sont destinées au traitement des maladies de la peau, ou qui, en raison de la solubilité de l'excipient, sont destinées à la confection des pommades ophthalmiques.

L'axonge a été jusqu'iei un des excipients les plus avantageux que l'on pouvait employer pour la préparation des pommades, surtout depuis que notre sagace eollaborateur, M. Deschamps, a démontré que l'addition de la matière résineuse des bourgeons de sapin ou la résine de benjoin prévenaient la rancidité de ce eorps. Pour la préparation de beaucoup de pommades ophthalmiques, on préfère encore le beurre à l'axonge, quoiqu'il soit plus sujet à s'altérer et à donner lieu, par sa décomposition, à des inflammations érythémateuses des paupières, surtout chez les sujets dont la peau est fine et délicate. Le glycérolé d'amidon ne saurait avoir le même inconvénient, puisqu'il forme un eomposé neutre et inaltérable. Le glycérolé d'amidon ne tardera pas à les remplacer tous deux [1].

Le mode de préparation du nouvel exeipient est des plus faciles; il suffit de chauffer l'amidon mêlé à la glycérine, en faisant bouillir le mélange le moins longtemps possible et de manière à ne pas hydrater seulement les parties périphériques en contaet avec le vase. Mais quelle est la meilleure proportion des deux substanees? C'est un point encore non déterminé et qui donne lieu, sans doute, à la variété des produits livrés par chaque pharmacie.

Nous avons vu, dans la note de M. de Graefe, que M. Simon conseillait 1 partie d'amidon pour 5 de glycérine; c'est à peu près la proportion que M. Leeoq, de Saint-Quentin, a employée pour me préparer les pommades au goudron que j'ai expérimentées (*Bulletin Thérapeutique*, t. LV, p. 117). Comme la glycérine n'est pas

---

[1] Si nous avions besoin d'une nouvelle preuve de la nécessité de trouver un meilleur excipient des pommades que ceux connus, nous la trouverions dans les lignes suivantes de la dernière Revue de pharmacologie de M. Parisot. « On sait avee quelle rapidité s'altèrent les pommades ophthalmiques faites avec l'axonge et le beurre. M. Keller conseille de leur substituer l'huile de ricin mélangée d'un huitième de son poids de cire. » Le glycérolé d'amidon nous paraît de beaucoup préférable à ce nouvel exeipient.

seulement un excipient, et que cette substance jouit, dans le traitement des maladies prurigineuses de la peau, de propriétés thérapeutiques précieuses, nous avons engagé ce pharmacien distingué à continuer ses essais et à nous fournir une pommade contenant encore moins d'amidon. De là la seconde formule, 1 sur 8, que nous avons publiée (*Ibid.*, p. 449). Depuis, poursuivant toujours la même pensée, nous avons prié MM. Mialhe et Grassi de reprendre l'étude de ce point de pharmacologie, et ces savants chimistes sont arrivés à nous fournir des pommades ne contenant que 1 partie d'amidon sur 15 de glycérine.

Nous croyons devoir adopter cette dernière formule.

Pr.	Glycérine...........................	15 grammes.
	Amidon............................	1 gramme.

Faites chauffer dans une capsule, à la flamme d'un bec de gaz ou d'une lampe à esprit-de-vin, et remuez, à l'aide d'une spatule, jusqu'à la complète hydratation de l'amidon.

On obtient ainsi une préparation transparente, de la consistance des gelées, présentant le grand avantage d'offrir une densité invariable, quelles que soient les variations de la température et l'époque de sa préparation. L'on sait que dans les pays chauds on a coutume d'associer à l'axonge une petite quantité de cire, afin d'obtenir une masse plus compacte, et prévenir la séparation, même partielle, des sels métalliques incorporés dans la pommade. Si le même accident venait à se produire avec le nouvel excipient, *scribo in aere parisiensi*, il suffirait d'augmenter un peu la quantité d'amidon ou de faire bouillir le mélange un peu plus longtemps.

Rien de plus élégant que l'aspect physique des nouvelles pommades; elles sont transparentes et communiquent à la peau cette sensation d'onctuosité qui caractérise la glycérine. Ces pommades, considérées comme agent chimique, sont des composés neutres et qui conservent la propriété de dissoudre des sels métalliques insolubles dans l'axonge.

Les propriétés thérapeutiques que le nouvel excipient doit à la glycérine ne sont pas détruites, et l'on peut l'employer seul, comme topique émollient et calmant, dans les cas de sécheresse et de démangeaisons de la peau, qui se montrent dans l'eczéma, le psoriasis, le pytiriasis, etc.

Pour toutes ces raisons, on peut prévoir la part importante qui devra être faite à ces nouvelles pommades dans la pratique courante.

Toutefois, il nous importe de faire remarquer que, pour obtenir

tous ces avantages, le nouvel excipient devra être préparé avec une glycérine chimiquement pure; sans cela, des réactions auraient lieu, qui détruiraient les effets thérapeutiques des sels. Les médecins qui voudront les expérimenter, surtout dans le traitement des affections oculaires, devront s'assurer de leur bonne préparation.

Le seul désavantage des nouvelles pommades sera leur prix, qui est nécessairement un peu plus élevé que celui des pommades ordinaires. Cette différence n'est pas aussi considérable qu'on serait tenté de le penser tout d'abord. Ces préparations, ne s'altérant pas comme les pommades ordinaires, ne demandent pas à être remplacées et peuvent servir pendant des années entières.

On distingue trois sortes de pommades : 1° celles formées par simple mélange, c'est-à-dire lorsque les substances médicamenteuses sont mécaniquement mélangées à l'excipient graisseux; 2° les pommades par solution obtenues par la dissolution, dans l'excipient graisseux, de différents principes, le plus souvent fournis par les végétaux; 3° les pommades par combinaison chimique : ce sont celles qui résultent d'une action chimique manifeste entre le corps gras et les composés, ordinairement de nature minérale, qu'on leur adjoint. Les nouvelles préparations se classent dans les deux dernières séries.

Deux motifs principaux conseillent l'emploi des pommades. Le premier est le contact plus prolongé des agents médicamenteux sur les tissus malades; le second, l'usage topique de substances insolubles. Ces motifs ont conduit à introduire ces préparations dans les maladies des yeux; les avantages du glycérolé d'amidon doivent également donner aux nouvelles pommades une large part dans cette spécialité thérapeutique. La note que nous publions plus haut (voir p. 13) nous en fournit la preuve.

Avant de reproduire quelques-unes des formules principales qui pourront être employées utilement dans le traitement des affections oculaires, nous croyons devoir résumer les avantages de la nouvelle préparation, considérée comme médicament simple et comme excipient des pommades :

1° Le glycérolé d'amidon est un des excipients les plus élégants de la pharmacie; lorsque la glycérine a été obtenue par le dédoublement des huiles végétales, la préparation des nouvelles pommades n'offrira pas l'odeur des graisses, et, loin de causer l'érythème, elles le feront disparaître quand il existera.

2° Quel que soit l'agent chimique employé, ces pommades ne s'altéreront pas et peuvent constituer des préparations officinales.

3° Les agents médicamenteux n'étant pas seulement à l'état de mélange, mais bien de dissolution dans l'excipient, les nouvelles pommades seront beaucoup plus actives, et détermineront les effets dynamiques des substances qui leur serviront de base.

4° Leur consistance ne variant pas lors de leur application, elles resteront circonscrites aux régions sur lesquelles on les aura placées.

5° La solubilité de l'excipient fait que ces pommades pourront être enlevées facilement.

6° Les qualités spéciales du glycérolé d'amidon font que la nouvelle préparation constitue le meilleur excipient des pommades à employer dans le traitement des maladies des yeux et de la peau.

Formules de pommades ophthalmiques.

Si déjà le nom de *glycérolés* n'avait été donné aux simples solutions des substances médicamenteuses dans la glycérine, nous conformant aux principes de la nomenclature pharmaceutique, nous pourrions désigner les nouvelles pommades sous cette dénomination. En effet, les huiles médicinales sont des élœolés, les cérats des éléocérolés, les pommades des liparolés. Toutefois, comme il importe, pour éviter la confusion, de donner un nom particulier à ces pommades, en attendant que l'usage en ait consacré un meilleur, nous conseillons de les désigner sous celui générique de *glycérolé d'amidon*, ou de *pommade de glycérine*, auquel on ajoutera le nom du sel qui entrera dans la composition de la préparation.

Nous avons dit que l'expérience avait prouvé que le glycérolé d'amidon ne s'altérait ni par les variations de la température, ni par l'action de la lumière ; on pourrait donc en faire une préparation officinale. Mais cet excipient est si promptement et si facilement fait, que le mieux sera de le préparer au fur et à mesure des besoins. Nous avons indiqué la manière dont on obtient ce glycérolé ; nous ne croyons donc pas nécessaire de la répéter à propos de chacune des formules que nous publions, et nous nous contenterons de donner les proportions de l'agent médicamenteux et de l'excipient.

Quant à l'aspect général, ces pommades ressemblent à des gelées et présentent la coloration des agents médicamenteux employés ; elles sont bleues avec les composés cupriques, rouges avec le deutoxyde de mercure, etc.

L'usage des pommades dans le traitement des affections oculaires

est surtout mis en œuvre comme médication substitutive. A ce titre, nous devrions faire mention, tout d'abord, de la pommade au nitrate d'argent, celui des agents cathérétiques auxquels on a plus souvent recours. Mais les pommades préparées avec la glycérine la plus chimiquement pure, celle de Price, nous a fourni un produit coloré qui réclame une étude toute spéciale, dont M. Grassi a bien voulu se charger. Nous reviendrons plus tard sur cette préparation.

Pommade de glycérine au sulfate de cuivre.

Le sulfate de cuivre est encore un des agents les plus actifs de la méthode substitutive, mais l'expérience a prouvé que tandis que le nitrate d'argent était opposé avec succès à la marche des ophthalmies aiguës, le sulfate de cuivre était employé avec plus d'efficacité dans les cas d'affections chroniques. M. le docteur Rouault a cherché à démontrer la raison de l'action différente de ces deux agents. Lorsqu'on injecte quelques gouttes d'une solution faible de sulfate de cuivre dans un œil sain, dit-il, on observe les trois symptômes qui se manifestent après l'instillation d'un collyre au nitrate d'argent de même énergie, c'est-à-dire la rougeur, la cuisson et le larmoiement. Seulement le mouvement inflammatoire qui succède à l'action topique du sel de cuivre se développe lentement et présente une durée qui tranche avec la fugacité de l'inflammation provoquée par le nitrate d'argent. De là, l'indication spéciale d'user des préparations cupriques dans le traitement des conjonctives chroniques.

Nous avons vu que M. de Graefe usait du glycérolé au sulfate de cuivre dans presque toutes les conjonctivites granuleuses, et souvent avec avantage. La dose du sulfate cuprique qu'il emploie dans ces cas est assez faible (0,10 pour 4 grammes de glycérolé d'amidon) ; nous avons fait usage avec non moins de succès d'une pommade deux fois plus active, contre les taies de la cornée et contre l'ectropion produit par l'épaississement de la conjonctive. La dose du sel de cuivre variera de 1 à 5, selon l'affection qu'on aura à combattre. Voici la formule générale.

Pr. Sulfate de cuivre de............ 1 à 25 centigrammes.
Glycérolé d'amidon............. 5 grammes.

Il est des malades qui se trouvent mieux encore de doses moins fortes. L'action topique, lorsqu'on fait usage de la pommade, étant toujours plus prolongée que lorsqu'on emploie les solutions aqueuses, ce sera toujours par les préparations les plus faibles qu'on devra débuter, afin de tâter la susceptibilité de son patient.

Pommade de glycérine au bichlorure de mercure.

La spécificité, ou mieux la spécialité d'action des mercuriaux contre les maladies vénériennes, a nui à la vulgarisation de ces puissants agents thérapeutiques. Il en est quelques-uns, le calomel, l'oxyde rouge, qui sont entrés dans la thérapeutique courante, mais il en est d'autres, non moins précieux, comme le bichlorure, dont on ne tire pas tout le parti possible, au détriment des malades. L'énergie de l'action topique de ce sel commande de la prudence dans son emploi, et l'on doit toujours débuter par de très-faibles doses.

Le bichlorure, en dehors des ophthalmies syphilitiques, a été recommandé dans le traitement des blépharites (Sichel), des kératites ulcéreuses et de l'iritis sénile (Nat. Guillot), et même dans certaines formes de conjonctivite chronique. Dans ces cas, nous croyons que les nouvelles pommades seront substituées avec avantage aux collyres. Le bichlorure se dissout plus facilement dans la glycérine que dans l'eau; ce sel n'exige que 14 parties de cette substance pour une solution complète, de sorte que la nouvelle préparation présentera un grand avantage sur les autres excipients gras, pour constituer les pommades. La proportion du sel mercuriel sera de :

Pr.	Bichlorure de mercure................	1 à 2 centigrammes.
	Glycérolé d'amidon....................	15 grammes.

Peut-être que dans le traitement de certaines taies de la cornée, pourrait-on élever encore la quantité du sel mercuriel? mais ce ne serait qu'après avoir employé inutilement la dose que nous indiquons.

Pommade de glycérine à l'oxyde rouge de mercure.

L'oxyde rouge de mercure est la préparation chimique la plus vulgaire dans le traitement des maladies des yeux ; elle forme la base du plus grand nombre des pommades ophthalmiques encore employées de nos jours.

Les notes de MM. de Graefe et Wecker que nous publions nous dispensent d'insister sur les indications les plus récentes de son emploi, pour rappeler seulement les proportions des deux éléments de la nouvelle pommade.

Pr.	Bioxyde de mercure..............	15 à 50 centigrammes.
	Glycérolé d'amidon................	10 grammes.

Cette préparation offre une belle couleur rouge, un peu moins foncée que celle du sel mercuriel.

On peut associer à cette formule bon nombre d'autres sels : le pré-

cipité blanc, le sulfate et l'oxyde de zinc, l'acétate de plomb et quelques substances végétales, comme le camphre, l'extrait d'opium, et constituer des glycéroles présentant les mêmes formules que celles des pommades de Janin, de Desault, de Dupuytren, etc. Mais nous devons rappeler de nouveau qu'on devra prendre soin de diminuer d'un tiers, sinon de moitié, la dose des sels contenus dans ces pommades, attendu l'action plus énergique des glycérolés.

—Nous continuerons, dans notre prochaine livraison, la publication des formules de ces nouvelles pommades ophthalmiques ; mais nous devons dire de suite que toutes celles que nous donnerons ont été exécutées, sous nos yeux, dans la pharmacie de MM. Mialhe et Grassi, et avec la glycérine anglaise de Price, et avec la glycérine officinale de MM. Cap et Garot. A part une très-légère variation de nuance dans la coloration des produits, les pommades étaient identiques, et nous ne craignons pas de conseiller d'user des bonnes glycérines françaises pour leur préparation, ce sera le meilleur moyen de prévenir une trop grande différence dans les prix de revient des anciennes et des nouvelles pommades. DEBOUT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du bioxyde de mercure hydraté, ou précipité jaune, et de son action thérapeutique dans les cas de conjonctivite pustuleuse et de kératite superficielle.

Il y a bien longtemps que le bioxyde de mercure anhydre, ou précipité rouge, a conquis une grande réputation dans le traitement de certaines affections oculaires. L'insolubilité du médicament fait qu'on a dû recourir pour son emploi à la forme de pommade. Tantôt on applique cette préparation pharmaceutique sur les paupières, tantôt on l'introduit dans le cul-de-sac conjonctival, soit pour agir sur les lésions de la muqueuse, soit sur celles de la cornée. Le nombre des formules est considérable ; dans celles dont on fait usage en France, la dose du précipité rouge varie de 1 à 10 pour 100.

La préparation d'une bonne pommade exige beaucoup de soin et occasionne une grande perte de temps, car si le sel mercuriel n'est pas amené par une trituration prolongée à un état d'extrême division, il agit comme caustique. Aussi n'hésitons-nous pas à conseiller de remplacer le bioxyde de mercure anhydre, ou précipité rouge,

par le bioxyde de mercure hydraté, ou précipité jaune, qui jouit de la même action thérapeutique, mais s'obtient dans un grand état de ténuité. On prépare le bioxyde de mercure hydraté en précipitant une solution de bichlorure par la potasse. En opérant cette substitution, dans les formules des pommades au précipité rouge, on ne devra pas oublier que le précipité jaune, en raison de son extrême division, est beaucoup plus actif, et par conséquent, on devra en diminuer la dose. Cette ténuité du bioxyde hydraté fait qu'il se mélange beaucoup mieux avec les corps gras, et que la nouvelle pommade antiophthalmique ne réclamera pas les soins minutieux qu'exigeait la préparation des anciennes formules.

Mon but, dans cette courte note, est d'appeler l'attention des médecins français sur les effets remarquables de la pommade au précipité jaune, dont nous avons été témoin à l'institut ophthalmique de Wiesbaden dirigé par M. A. Pagenstecher, et à la clinique ophthalmologique de M. A. de Graefe à Berlin. C'est M. Pagenstecher qui le premier a attiré l'attention des praticiens sur l'action presque spécifique des hautes doses de précipité rouge dans les cas de conjonctivité pustuleuse et dans les affections cornéennes qui accompagnent si fréquemment cette maladie. Sa pommade était ainsi formulée :

Pr.	Précipité rouge........................	2 grammes.
	Beurre frais...........................	16 grammes.

Mêlez avec soin, pendant plusieurs heures, jusqu'à ce que la couleur du sel mercuriel devienne jaunâtre.

Plus tard le précipité rouge fut remplacé par le précipité jaune, et l'on substitua au beurre frais le cold-cream (à Wiesbaden) ou l'onguent glycérine (à Berlin). L'onguent de glycérine se dissolvant avec une grande facilité dans le liquide des larmes contenu dans le cul-de-sac conjonctival, il faut diminuer un peu la dose de sel mercuriel.

Nous prescrivons généralement la pommade au précipité jaune de la manière suivante :

Pr.	Bioxyde de mercure hydraté (obtenu par précipitation).........................	1 gramme.
	Cold-cream (sans huile volatile), ou glycérolé d'amidon........................	8 grammes.

M. S. A.

On introduit, gros comme une tête d'épingle de cette pommade, à l'aide d'un pinceau ou d'une curette dans le sac conjonctival, en essuyant l'instrument sur la paupière. Le médicament reste de deux

à trois minutes dans le cul-de-sac conjonctival; après ce temps, on l'enlève avec soin, parce que, en l'y laissant plus longtemps, il pourrait agir comme caustique et donner lieu à des cicatrices. Mais une grande partie de cette pommade est promptement chassée hors de l'œil par les larmes que son introduction provoque.

Voici maintenant les cas dans lesquels l'expérience clinique a démontré l'efficacité de cette préparation : A, conjonctivite pustuleuse; B, les pustules qui se développent sur le bord de la cornée et sur cette membrane (kératite marginale); l'infiltration superficielle de la cornée avec vascularisation (pannus scrofuleux), affections qui sont si fréquemment la conséquence d'une conjonctivite pustuleuse; C, les infiltrations chroniques de la cornée à la suite d'abcès et d'ulcération de cette membrane, cas où l'infiltration entoure souvent une partie cicatricielle.

Quant à ce qui regarde la conjonctivite pustuleuse, nous ne connaissons pas de remède plus efficace, et qui fasse disparaître plus vite l'injection et les pustules de la conjonctive. Nous lui accordons encore une efficacité plus prononcée qu'aux insufflations du calomel; insufflations qu'on a conseillé de continuer assez longtemps après la disparition complète de l'inflammation de la muqueuse, et dont le but est de prévenir les récidives qui ont si souvent lieu dans cette affection [1].

En employant cette pommade, nous n'avons plus besoin de recourir à la scarification des vaisseaux qui se dirigent vers la pustule (Desmarres). Aussi son usage abrége-t-il de beaucoup la marche de la maladie. Aussitôt que les pustules occupent le bord de la cornée, ou qu'elles ont envahi cette membrane, l'application du précipité jaune fera disparaître en très-peu de jours la photophobie, qui est toujours très-prononcée dans ces cas. C'est en cela surtout qu'on se rend bien compte de l'efficacité du remède.

Nous observons les mêmes bons effets dans les cas où il s'est produit une infiltration partielle de la cornée, avec vascularisation partielle sous forme de bandeau, de même que dans les cas d'infiltration superficielle où la vascularisation a gagné presque la totalité de la cornée (pannus scrofuleux), maladies qu'on observe si fréquemment à la suite de la conjonctivite pustuleuse, et qu'on rencontre si sou-

---

[1] M. Donders a trouvé qu'en insufflant pendant assez longtemps du calomel dans le sac conjonctival, la muqueuse pâlit beaucoup à la suite de l'oblitération d'un certain nombre de vaisseaux et que c'est à cela qu'il faudrait probablement attribuer l'action préservative du calomel contre la conjonctivite pustuleuse.

vent chez les enfants. Les différentes variétés de la conjonctivite pustuleuse avec participation de la cornée, surtout dans sa partie marginale, forment ce qu'on désigne généralement sous le nom d'ophthalmie scrofuleuse, et dans tous ces cas l'application de la pommade du précipité jaune, pratiquée, et surveillée par le médecin lui-même, sera d'une efficacité surprenante.

En même temps qu'on traite les yeux avec la pommade, l'on s'occupera, s'il y a lieu, d'améliorer l'état général du malade. On ne saurait nier que toutes ces affections ne soient liées souvent à un état d'appauvrissement du sang et à une altération nutritive du système ganglionnaire, que nous désignons sous le nom générique de *scrofules*. Une nourriture riche en albumine, un air vif et pur, un grand soin de l'enveloppe cutanée par des bains ou des lotions froides, agiront plus énergiquement que toute autre médication. Il ne faut surtout pas enfermer les enfants, comme cela se fait encore tous les jours, dans des chambres sombres et peu aérées, où ils pâlissent et tombent assez vite dans un état d'anémie prononcé.

Nous ne prescrivons l'huile de foie de morue que dans les cas où ce médicament est bien supporté et ne dérange pas la digestion.

Pour pouvoir traiter les maladies des yeux d'une manière rationnelle, il faut toujours tenir grand compte de l'état général du malade, mais sans négliger le moins du monde les moyens directs réclamés par les lésions de l'organe affecté.

Quant à l'action préservatrice de la pommade, elle ne nous semble pas plus démontrée que celle du calomel. Mieux vaut chercher à prévenir les récidives en améliorant l'état général du malade, et on y réussit plus sûrement.

Arrivons à la troisième série des cas dans lesquels la pommade nous paraît être très-efficace ; ce sont : les infiltrations chroniques de la cornée à la suite d'abcès ou d'ulcères de cette membrane, et où généralement l'infiltration entoure une partie cicatricielle. La pommade agira ici de la même manière que les médicaments auxquels on a recours pour rendre la cornée transparente, telle que la teinture d'opium par exemple. Mais son action est plus sûre et plus rapide que celle de ce dernier médicament.

Toutes les fois qu'on prescrit un remède aussi actif, il faut naturellement être bien sûr de son diagnostic. Il sera prudent d'éviter son emploi dans toutes les affections de la cornée où une injection des vaisseaux sous-conjonctivaux nous indique une tendance de l'iris à participer à l'inflammation. Enfin, nous n'appliquons pas la pommade dans les cas d'ulcères de la cornée, qui présentent une certaine

profondeur et dans lesquels la vascularisation manque. Les abcès de la cornée avec tendance à former des épanchements interlamelleux, qui donnent facilement lieu à la formation d'un hypopion, contre-indiquent également l'emploi du médicament. Dans ces cas nous nous servons de préférence des compresses imbibées d'eau chaude de 40 à 45 degrés, pour relever la nutrition du tissu cornéen.

Si l'on nous demandait de quelle manière agit la pommade que nous venons de recommander si chaleureusement, nous serions très-embarrassés de répondre. Il n'y a pas de doute qu'elle n'agisse comme agent substitutif, c'est-à-dire qu'elle modifie les tissus de telle sorte qu'une inflammation de nouvelle nature, une inflammation thérapeutique, susceptible de guérir par les seuls efforts de la nature, vient remplacer l'irritation morbide. Quoi qu'il en puisse être de cette explication de l'action du deutoxyde de mercure dans ces cas, ce qu'il y a de plus important, c'est que nous possédons dans cette pommade un excellent remède contre les affections que nous venons d'énumérer. Une expérimentation longue et sérieuse l'a prouvé. (Voir les publications de MM. F. Pagenstecher et Frickhoefer [1]).

Nous souhaitons que cette note engage les praticiens français à expérimenter ce médicament ; et nous sommes convaincu qu'ils ne tarderont pas à partager notre opinion sur son efficacité.

Dr Louis Wecker.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Perforation du voile du palais avec ulcérations, regardée comme syphilitique, chez un enfant scrofuleux. — Insuccès du traitement spécifique et des médicaments antiscrofuleux ordinaires. — Guérison au moyen de l'arséniate de soude. — Dans une note sur l'emploi de l'arséniate de soude contre la scrofule, publiée l'année dernière dans ce journal (voir, t. LIX, p. 433), M. Bouchut, après avoir spécifié les cas où cette maladie, d'après son expérience, est susceptible d'être heureusement modifiée par ce médicament, cite un certain nombre de faits à l'appui, soit en les rapportant avec quelques détails, soit en les indiquant par une

(1) Correspondenzblatt des Vereines Nassauischer Aerzte n° 8, et n° 10, 1858.

simple mention. Parmi ces derniers, il en est un relatif à « une perforation scrofuleuse du voile du palais, réputée syphilitique, » où l'action curative de l'arséniate de soude s'est montrée d'une façon non douteuse.

Nous croyons utile de rapporter ici ce fait et de l'ajouter à ceux qui doivent servir à dresser le bilan de la médication arsenicale ; en voici les détails, d'après les notes recueillies dans le service de M. Bouchut.

Amiard (Malthide) est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 7 avril 1860. Cette enfant est âgée de dix ans ; elle a les cheveux bruns, le teint coloré, les chairs fermes, un embonpoint ordinaire. Son père est mort jeune ; sa mère vit encore et jouit d'une bonne santé. Elle a eu de la gourme, des engorgements ganglionnaires, une ophthalmie l'an dernier, laquelle a duré trois mois, un coryza chronique. Elle n'a jamais eu d'affections des parties génitales, qui ne sont pas déflorées : pas de leucorrhée, pas de boutons ; jamais aucune éruption sur la peau ni sur le cuir chevelu.

D'après les renseignements, il y a trois ans qu'elle est atteinte de la maladie pour laquelle elle vient à l'hôpital. A cette époque, étant à la campagne, elle fut prise d'un mal de gorge : il y avait, dit-on, dans le gosier des plaques blanches, qui furent traitées par la cautérisation. Venue à Paris un an après, elle reçut les soins d'un de nos distingués confrères, M. Costilhes, qui prescrivit l'usage du sirop antiscorbutique, de l'huile de foie de morue et des préparations de noyer. Enfin, il y a six mois, une perforation s'est produite sur le voile du palais, à la suite d'une recrudescence de l'angine.

La jeune malade est sans fièvre. Elle éprouve toujours une certaine gêne dans l'acte de la déglutition des aliments solides ; parfois, mais rarement, les boissons reviennent par les narines. La voix, non sensiblement altérée, est seulement un peu gutturale. De temps en temps, il existe un peu de coryza, et l'enfant mouche souvent des matières épaisses. Il y a aussi un certain degré de surdité. Quelques ganglions engorgés sous l'angle du maxillaire inférieur ; la muqueuse du pharynx un peu rouge, un peu granuleuse ; les deux amygdales un peu plus volumineuses qu'à l'état normal, mamelonnées, offrant çà et là une coloration grisâtre de l'épithélium, et sur quelques follicules une exsudation membraneuse molle, facile à enlever ; le voile du palais rouge et présentant, au côté droit, une perforation irrégulière, à bords ulcérés, déchiquetés, d'un demi-centimètre de diamètre environ, qui n'est séparée de la luette que par une sorte de pont de 2 à 3 millimètres de largeur au plus ; la luette déviée à gauche, entraînée dans ce sens par les muscles restés sains, augmentée de volume, rouge, et offrant, à droite, au-dessous de la perforation du voile, un petit mamelon couvert d'un épithélium grisâtre. Tels sont les symptômes constatés au moment de l'entrée.

On administre l'iodure de potassium, d'abord, du jour de l'en-

trée au 17 mai, à dose très-minime, on pourrait presque dire infinitésimale, sans donner lieu à aucun effet physiologique appréciable, à aucun phénomène d'iodisme, mais aussi sans aucune action sur la maladie.

Du 17 mai au 17 juin, la dose d'iodure est portée à 50 centigrammes par jour, et l'état reste, comme devant, complétement stationnaire.

Du 17 juin au 20 juillet, l'iodure potassique est remplacé par les pilules de Sédillot, deux par jour; aucun résultat.

A cette dernière date, l'arséniate de soude est prescrit, en commençant par 5 milligrammes.

La dose quotidienne fut ensuite progressivement portée à 15 milligrammes, pendant une absence de deux mois que fit M. Bouchut. A son retour, vers la fin de septembre, il trouva l'ulcération siégeant au pourtour de la perforation du voile palatin complétement cicatrisée. Cinq ou six semaines après, le 1er novembre, nul retour du travail ulcératif, disparition de toute altération du pharynx, sauf la perforation qui persistait; santé générale excellente.

La dénomination de « perforation scrofuleuse du voile du palais, réputée syphilitique » sous laquelle ce cas est signalé dans la note de M. Bouchut que nous rappelions en commençant, montre qu'il existait quelque doute sur la nature réelle de l'affection. Etait-ce en effet une manifestation syphilitique, ainsi que pouvaient le donner à penser la forme et le siége de la lésion et les phénomènes morbides des parties voisines? C'était l'opinion d'un de nos plus éminents spécialistes, bien qu'il n'existât chez la jeune malade aucun antécédent personnel ou héréditaire avéré, capable d'imprimer à cette manière de voir le cachet de la certitude. Etait-ce une manifestation purement scrofuleuse, comme tendaient à le faire admettre certaines circonstances commémoratives et actuelles, qui ne répugnaient pas non plus du reste au diagnostic précédent? Ou bien, enfin, était-ce le produit composé, et comme la résultante, si l'on peut ainsi dire, de ces deux diathèses? Ce sont des questions que, dans l'espèce, il est plus facile de poser que de résoudre. Quoi qu'il en soit, les bons effets de l'arsenic, après l'inefficacité constatée de l'huile de foie de morue et des préparations de noyer d'abord, puis du mercure et de l'iodure de potassium, c'est-à-dire de médicaments antiscrofuleux et des antisyphilitiques par excellence, ces effets font voir quels services est susceptible de rendre l'agent médicamenteux recommandé par le savant médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

On pourrait objecter, à un certain point de vue, que la guérison dans ce cas n'a pas été complète, puisque la perforation a subsisté. Mais ce serait là une objection sans valeur, et qui n'infirme-

rait en rien l'utilité de la médication. La perforation une fois formée, et ayant acquis une certaine dimension, dans un organe tel que le voile du palais, constituait une lésion définitive, irrémédiable, au moins sous l'influence d'un traitement interne. Les plaies suppurantes, les ulcères, se réparent par bourgeonnement de leur fond et de leurs bords : ici, il n'y avait pas de fond, et les bords, dans une partie membraneuse de peu d'épaisseur, n'étaient guère susceptibles d'un bourgeonnement suffisant pour arriver à combler la perte de substance. Arrêter le travail ulcératif qui, en s'étendant, aurait pu détruire complétement l'organe qui en était le siége, c'est-à-dire le voile du palais, modifier favorablement et rétablir à l'état normal les parties voisines, était tout ce qu'on pouvait espérer, et ce résultat a été obtenu.

Il a été obtenu, mais non par une action spécifique de l'arséniate de soude. Il n'y a pas lieu de reconnaître, et M. Bouchut ne suppose pas à ce médicament une telle manière d'agir. L'arsenic est à ses yeux, ainsi qu'il l'a dit, un simple corroborant, le meilleur des toniques, parce qu'il stimule l'appétit et active la nutrition moléculaire des tissus, fonctions dont la langueur chez les scrofuleux donne à leurs maladies ce caractère de chronicité qui les distingue entre toutes les autres. Remarquons, en terminant, que, tout compte fait, c'est là la manière la plus rationnelle, pour ne pas dire la seule, de comprendre l'action des toniques en général.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anesthésie locale (*Nouveau moyen de produire l'*), *chloracétisation*. Malgré l'intérêt qu'il y aurait pour la pratique à posséder des moyens capables d'éteindre momentanément la sensibilité sur un point donné de la surface du corps, les recherches dans cette voie sont peu nombreuses ; aussi ne laissons-nous échapper aucune occasion de rappeler le *desideratum*, en signalant les essais au fur et à mesure qu'ils se produisent. Voici l'extrait d'une nouvelle note adressée à l'Académie des sciences sur ce sujet.

« Des aperçus théoriques m'avaient amené, dit M. Fournié, à soumettre une partie de mon corps à l'action de la vapeur provenant d'un mélange d'acide acétique et de chloroforme dans l'espoir d'obtenir une anesthésie locale ; le succès couronna cette espérance. Les expériences très-nombreuses subséquentes que j'ai faites sur moi-même, ou sur des animaux, ou sur des malades, m'ont permis de formuler la proposition suivante : Si, dans un appartement d'une température supérieure à 17 degrés, on applique exactement sur une peau saine, propre et non privée d'épiderme, l'orifice d'un flacon en verre mince, dans lequel on aura mis une quantité d'acide acétique cristallisable pur, équivalant au quart de la capacité, et autant de chloroforme, et qu'on ait la précaution de maintenir ce flacon à la température de la main, on obtiendra, au bout de cinq minutes, et au prix d'une très-légère souffrance, une insensibilité complète de cette partie, et

aussi de quelques-unes des parties plus profondes.

« Les vapeurs mélangées d'acide acétique et de chloroforme, appliquées avec une cornue de verre plus ou moins grande, sans col, et à l'aide de la toile de diachylon délimitant les parties que l'on veut rendre insensibles, pourront être employées, comme anesthétiques, dans toutes les opérations de la petite chirurgie qui intéressent principalement la peau, dans beaucoup de celles de la grande, et, en général, dans toutes celles où l'emploi de la méthode anesthésique générale est contre-indiquée, ou quand le malade, dans la crainte des dangers de l'inhalation, ne veut pas profiter de ses bienfaits. La chloracétisation que je viens soumettre à l'appréciation de l'Académie des sciences me paraît être jusqu'ici le moyen anesthésique local le plus sûr, le plus facile, le plus économique, le plus simple et le plus général. » (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, décembre).

Aniline. *Son action sur l'organisme animal.* M. le docteur B. Schuchardt a entrepris des expériences sur les animaux, dans le but de déterminer quel est le mode d'action de l'aniline sur l'organisme. Voici les résultats de ces expériences.

L'aniline à haute dose peut produire la mort. Une grenouille, dans la bouche de laquelle on avait introduit 8 gouttes de cette substance, mourut au bout de quatorze à quinze minutes; la mort survint chez une autre, au bout de deux heures, après l'application de 3 gouttes d'aniline sur une plaie du dos. Un petit lapin périt au bout de six heures un quart après l'ingestion de 50 gouttes, et un autre plus gros au bout de quatre heures, après celle de 100 gouttes.

Chez ces animaux, l'administration de l'aniline fut suivie promptement de crampes cloniques ou toxiques, qui durèrent jusqu'à la mort. Il y eut diminution de la sensibilité commençant par les extrémités inférieures et se propageant vers le haut. On observa aussi une diminution de la température, qui continua à baisser jusqu'à la mort. On ne peut retrouver le poison dans l'urine. (*Arch. fur. Patholog. Anat. med. Physiol.* et *Gaz. méd. de Paris*, novembre 1861.)

Cataracte. *Traitement par l'évacuation successive de l'humeur vitrée.* Les études cliniques faites depuis quelques années sur l'évacuation de l'humeur aqueuse, dans le traitement de diverses maladies du bulbe oculaire, ont conduit M. le docteur Seprino à y recourir, chez les sujets affectés de cataracte; les faits observés jusqu'ici à l'Hôpital ophthalmologique, dans la Maison de santé et en ville, montrent qu'en évacuant chaque jour, ou tous les deux ou trois jours, l'humeur aqueuse, le cristallin opaque reprend peu à peu sa pellucidité, et que la faculté visuelle reparaît progressivement. « Il est beau, dit M. Seprino, de voir que les matériaux opaques de la lentille sont graduellement remplacés par des matériaux transparents, au moyen du renouvellement fréquent de l'humeur aqueuse. » M. Seprino se borne, dans la note à laquelle nous empruntons cette citation, à annoncer ce fait comme nouveau, se proposant de publier prochainement les observations détaillées et d'exposer la méthode. Il se borne, pour le moment, à noter que, lors même que, dans quelques cas, on ne pourrait obtenir un succès complet par la seule évacuation de l'humeur aqueuse, celle-ci, en améliorant la fonction du système vasculaire interne de l'œil, mettrait en tout cas l'individu dans des conditions plus favorables pour obtenir un bon résultat de l'opération de la cataracte. (*Union médicale*, novembre 1861.)

Croup. *Traitement préventif par le tannage.* On connaît la méthode de *tannage* de la gorge préconisée par M. Loiseau, dans le traitement curatif des angines couenneuses et le traitement préventif du croup. Bien que l'efficacité de cette méthode ait été contestée, nous n'en persistons pas moins à la considérer comme très-utile et susceptible de rendre de réels services aux praticiens. C'est ce qui nous engage à rappeler son indication et son mode d'emploi, d'après les préceptes formulés par son auteur.

1° Pour un adulte, sitôt que se fait ressentir le plus léger mal de gorge, se gargariser avec une solution aqueuse de tannin, de quart d'heure en quart d'heure, on en avalant quelques gouttes, afin d'être plus sûr que toutes les portions de la gorge sont soumises à l'action du tannin. Si, après vingt-quatre heures de cette simple médication, l'amélioration n'est pas sensible, on y ajoute une solution alcoolique de la même

substance, qu'il suffira de prendre par cuillerées à café. Si la douleur ne cède pas, on ajoutera 1 gramme ou 2 de chloroforme par 10 grammes de liqueur alcoolique et 6 à 8 grammes de tannin. Lorsque cette préparation ne réussit pas, on peut encore avoir recours à la solution éthérée de tannin. Il est très-rare que l'une ou l'autre de ces trois solutions ne procure pas promptement une amélioration sensible, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'angine, pour peu cependant qu'elle ne dépende pas d'une affection générale, telle que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc.

2° Si l'on a affaire à un enfant qui ne sait pas se gargariser, on lui fera boire par très-petites quantités les solutions précitées, et on lui insufflera fréquemment la poudre de tannin dans la gorge. Les solutions éthérées et alcooliques doivent, bien entendu, être étendues suivant l'âge et la susceptibilité des individus. Aussitôt que le larynx paraît menacé, les instillations styptiques doivent être faites pendant l'inspiration, le nitrate d'argent introduit dans le larynx ne paraît pas retarder la guérison, comme cela semble évident pour la gorge, d'après M. Loiseau. (*Gaz. méd. de Paris*, novembre 1861.)

Eau oxygénatée. *Sa préparation et son emploi en thérapeutique.* M. le docteur Ozanam donne le nom d'eau oxygénatée à l'eau distillée et chargée ensuite d'oxygène sous l'influence d'une haute pression. Les expériences qu'il a faites sur ce médicament nouveau l'ont conduit à lui reconnaître trois principales sphères d'action :

1° *Action reconstituante sur le sang.* — Dans les cas où l'hématose est incomplète ou insuffisante, comme dans les dyspnées, l'asthme, les asphyxies lentes, la cyanose, les maladies du cœur, les hémorrhoïdes, les congestions viscérales hémorrhoïdaires.

2° *Action oxydante ou métamorphique.* — Quand les métamorphoses des produits organiques par oxydation progressive ont éprouvé un arrêt de développement, comme cela arrive dans la glycosurie, dans la goutte, la gravelle d'acide urique et oxalique, et peut-être dans la scrofule.

3° *Action excitante et régulatrice sur le cerveau et la glande thyroïde.* — De là son importance dans le traitement du goître et du crétinisme. Si l'eau de neige, en effet, prise en boisson, produit peu à peu ces graves états morbides, c'est parce qu'elle est entièrement privée d'air vital.

L'eau oxygénée m'a donné, au contraire, dit M. Ozanam, aussi bien que les inhalations d'oxygène gazeux, des résultats nuls contre la migraine et défavorables dans les cas de maladie inflammatoire. Ainsi, dans le croup, l'oxygène calme momentanément la dyspnée asphyxique, mais augmente considérablement la fièvre. Dans le traitement du cancer ulcéré, l'eau oxygénatée ranime assez bien la vitalité et les forces du malade ; les plaies prennent alors une couleur plus rose et plus vive, mais ne guérissent point, et si l'on baigne la surface avec des linges imbibés d'eau oxygénatée, même éventée et très-peu chargée, on ne tarde pas à voir toute la superficie de l'ulcère se gangréner.

L'eau oxygénatée est parfaitement limpide et pure ; le gaz s'en dégage sous forme de bulles très-fines et sans mousse persistante. Peu savoureuse, elle ressemble sous ce rapport à l'eau privée d'air ; comme cette dernière, elle est un peu pesante pour l'estomac. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, novembre 1861.)

Epididymite *simulant le bubon sur deux malades dont le testicule était détenu dans l'anneau.* Dans les cas de migration incomplète ou plutôt de rétention de l'un des testicules dans l'anneau, il n'est pas rare de voir cette anomalie donner lieu à de graves méprises lorsque le testicule, ainsi retenu, vient à être le siége de phénomènes inflammatoires. Il n'est pas rare, alors, qu'on prenne la tumeur formée par cette glande pour une adénite inguinale, un bubon ; nous avons vu commettre cette erreur dans une circonstance où l'aspect insolite des bourses nous donna l'éveil assez à temps pour empêcher une opération qui n'eût probablement pas manqué d'avoir de déplorables résultats. S'il s'agit d'une épididymite blennorrhagique, la confusion sera rendue plus facile encore par le fait de cette coexistence d'une maladie vénérienne. M. le docteur Rollet, chirurgien de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon, a eu l'occasion de constater récemment deux cas de ce genre, qui lui ont paru, à juste titre, mériter d'être signalés à l'attention des praticiens.

Dans l'un de ces deux cas, le testicule était arrêté dans le canal inguinal gauche ; dans l'autre, il l'était à droite. Cette anomalie ne se compliquait ni

de hernie intestinale, ni de hernie épiploïque, ce qui arrive si souvent. Aucun symptôme dans les antécédents ne pouvait faire supposer que l'arrêt dans la migration eût été le résultat d'adhérences avec aucun des organes de la cavité abdominale, suite de péritonites développées dans la vie intra-utérine, ainsi qu'on l'a quelquefois observé. Le testicule était mobile dans le canal, et les déplacements qu'on lui faisait subir ne déterminaient ni tiraillements ni coliques. Dans le premier cas, bien que le testicule retenu fût plus petit que l'autre, ses fonctions semblaient se faire assez normalement. Dans le second cas, l'atrophie était très-marquée, et la puissance génésique très-amoindrie.

Le premier malade était atteint de blennorrhagie depuis douze jours, le second depuis trois semaines. Le premier surtout a insisté, d'une manière très-précise, sur les douleurs que déterminaient la miction et les érections dans la région périnéale. Les causes déterminantes ont été, chez l'un, un excès de coït; chez l'autre, un excès de boisson.

Chez tous les deux, le testicule retenu a seul été atteint d'épididymite. Les symptômes habituels de la maladie se sont retrouvés dans les deux cas : le gonflement, la douleur, la rougeur de la peau, l'œdème du tissu ambiant. L'inflammation portait principalement, sinon exclusivement, sur l'épididyme; mais dans les premiers jours l'empâtement du tissu cellulaire et la position beaucoup moins accessible de l'organe ne permettaient pas de faire cette distinction, qui est devenue évidente seulement dans la période de résolution. Il a été impossible de constater aucun signe d'épanchement dans la séreuse testiculaire. La douleur a été très-vive et plus intense, peut-être, qu'elle ne l'est habituellement dans l'épididymite blennorrhagique ordinaire; elle s'exaspérait surtout par la marche et par la station verticale.

La marche de la maladie n'a rien présenté d'anormal; la période aiguë n'a duré que quelques jours, et, sous l'influence du traitement antiphlogistique, la résolution s'est opérée franchement et rapidement. La durée de l'orchite a été de vingt-quatre jours dans le premier cas, et de onze dans le deuxième.

Le diagnostic offrait des difficultés sérieuses, et, si l'on s'était aperçu de l'absence d'un des testicules dans le scrotum, l'erreur eût été possible. C'est avec le bubon surtout que l'orchite pouvait être confondue. La confusion avec une hernie inguinale commençante enflammée semble plus difficile; cependant cette erreur a été commise.

On comprend quelle gravité peut résulter de pareilles confusions. Voici, d'après M. Rollet, à quels caractères on peut reconnaître l'inclusion testiculaire et éviter, par conséquent, ces sortes d'erreurs :

1° Absence dans le scrotum du testicule du côté malade.

2° La maladie a eu pour point de départ une petite tumeur existant antérieurement dans le canal inguinal, où elle était mobile de haut en bas. Cette tumeur était ovoïde, en général, plus petite que le testicule qui existe dans le scrotum, mais elle donnait à la pression la douleur caractéristique.

3° La tumeur inflammatoire siége au-dessus du ligament de Fallope; elle est ovoïde, et son grand axe est dirigé suivant l'axe du canal inguinal.

4° La tumeur est décomposable par la palpation, au moins, dans la période de résolution, en deux parties, l'une inférieure et interne, plus considérable, dure, inégale : c'est l'épididyme; l'autre, supérieure et externe, plus petite, lisse, ovoïde, molle : c'est le testicule.

Enfin, la maladie débute, en général, brusquement; la douleur et l'engorgement inflammatoire suivent une marche rapidement croissante, et peuvent arriver à leur maximum en vingt-quatre ou quarante-huit heures, ce qui n'est pas le propre du bubon; et les accidents d'étranglement, s'ils existent, cèdent rapidement aux antiphlogistiques locaux et à un laxatif. C'est, en effet, à la méthode antiphlogistique, surtout aux saignées locales, aux sangsues appliquées en grand nombre, dès le début des accidents, qu'il convient plus particulièrement d'avoir recours dans ce cas; c'est le traitement qu'a suivi M. Rollet, chez les malades en question. (*Gaz. des Hôp.*, décembre 1861.)

Glycosurie. *Guérison par le sulfate de quinine et par les amers.* A mesure que se multiplient les observations de glycosurie, beaucoup plus communes qu'on ne le croyait autrefois, depuis que la vulgarisation des moyens chimiques d'exploration en a rendu le diagnostic facile et à la portée de tous les praticiens, on a pu se convaincre,

par des exemples déjà nombreux, que cette maladie est loin d'être aussi constamment grave qu'on l'avait cru jusqu'ici. La curabilité de cette affection est aujourd'hui non-seulement mise hors de doute, mais il est même des exemples de curabilité facile et que l'on pourrait presque dire spontanée. Tel est le fait suivant rapporté à la Société de médecine du département de la Seine, par M. le docteur B..., qui est lui-même le sujet de son observation :

Vers le mois de novembre dernier, notre confrère fut pris d'une soif des plus intenses ; à chaque instant, il était obligé de boire ; il ne pouvait faire une course dans Paris sans être forcé de s'arrêter dans un café pour demander un verre d'eau. Il remarqua simultanément un accroissement considérable dans l'abondance de ses urines, qui étaient claires et limpides. Les ayant essayées successivement avec la liqueur de Barreswill, avec le sous-nitrate de plomb et quelques autres réactifs, il obtint des réactions qui, à ses yeux, témoignaient de l'existence d'une grande quantité de sucre dans ce produit de sécrétion. Un chimiste ayant fait, à sa prière, l'analyse de ces urines, reconnut qu'elles contenaient un excès considérable d'acide urique. Dans l'espace de deux mois, notre confrère maigrit de 22 livres ; cependant, comme il conservait de l'appétit, sans se préoccuper beaucoup de son affection, il continua à manger et à vivre comme s'il n'était pas malade. Un jour, après avoir dîné avec des amis, il eut une indigestion ; sa soif si violente disparut, les urines devinrent moins abondantes, et bientôt l'état général s'améliora. Deux mois plus tard, la soif violente et la polyurie reparurent de nouveau. On eut recours au sulfate de quinine et au sirop de gentiane, mais l'usage du quassia amara parut surtout lui être utile, car, à la suite de l'administration de cette dernière substance, une amélioration se manifesta, et, depuis lors, l'embonpoint est revenu. (*Gaz. hebd.*, décembre 1861.)

Lagophthalmie, *consécutive à la blépharite granuleuse ; opération d'ankyloblépharon partiel pour remédier au défaut de rapprochement des paupières.* Un des effets des granulations palpébrales traitées pendant longtemps par la cautérisation avec le sulfate de cuivre, est une modification dans l'état des paupières qui, perdent leur souplesse et restent plus ou moins dures ou tuméfiées. De là une certaine difficulté du libre jeu des voiles membraneux. Mais il est d'autres cas plus graves, où, sous l'influence de ces cautérisations répétées, il s'est formé de nombreuses traînées cicatricielles, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival ; sous l'influence de la rétraction inhérente au travail cicatriciel, les paupières se sont raccourcies, elles n'arrivent plus au contact et laissent l'œil en partie découvert. De cet état de choses résultent les conséquences fâcheuses que l'on connaît : phlegmasies oculaires permanentes, que les moyens ordinaires de traitements peuvent bien amender quelque peu, mais jamais guérir complétement. M. le docteur Fano, ayant eu récemment affaire à un cas de ce genre, a eu recours, pour faire cesser cette infirmité, à une opération d'ankyloblépharon, ayant pour effet de rétrécir l'ouverture palpébrale.

Une fille de dix-huit ans se présenta à sa consultation, ayant l'œil droit complétement atrophié. Depuis dix-huit mois on lui pratiquait, tous les jours ou tous les deux jours, des cautérisations sur la face interne des deux paupières du côté gauche. Depuis cette époque l'œil est resté larmoyant. Il est aisé de reconnaître, tout d'abord, que les paupières n'arrivent pas au contact ; l'œil reste en partie découvert. En examinant les choses avec attention, on reconnaît qu'au moment où l'on ordonne à la patiente de fermer les paupières, la supérieure s'abaisse comme à l'ordinaire ; l'inférieure, au contraire, ne subit qu'un mouvement d'ascension à peine appréciable ; le bord adhérent s'enfonce un peu dans l'orbite, de façon qu'il existe là une petite dépression. Il n'y a pas cependant d'ectropion de cette paupière. La muqueuse palpébrale supérieure et inférieure est boursouflée, rouge, sans granulations. La cornée est un peu vascularisée à la partie inférieure. Il y a un larmoiement continuel, et la jeune malade est exposée à chaque instant à des recrudescences de la kératite.

Le 26 septembre M. Fano pratique l'opération suivante : il incise avec des ciseaux la commissure externe des paupières ; puis saisissant successivement avec des pinces à griffes le bord libre de chaque paupière, au voisinage de cette commissure, il en excise un lambeau d'environ 4 millimètres de long sur 1 ou 2 d'épaisseur. Deux points de suture

entortillée réunissent les lèvres de cette plaie. (Compresses d'eau froides.)

Le 28, les deux épingles sont retirées ; les paupières n'arrivent que difficilement encore au contact parfait.

Le 6 octobre la plaie de l'angle externe des paupières est complétement cicatrisée ; l'orifice palpébral est manifestement rétréci. Lorsque l'opérée contracte fortement l'orbiculaire, les bords libres arrivent au contact. La vascularisation de la cornée a disparu.

Le 17, l'état est plus satisfaisant encore; il faut une contraction moins énergique de l'orbiculaire pour faire arriver les paupières au contact. Enfin, au commencement de novembre, la jeune fille revient plusieurs fois de suite à la consultation ; chaque fois M. Fano constate que le mouvement d'occlusion des paupières est de plus en plus facile. (*Gaz. des Hôpit.*, décembre 1861.)

Mal de neige (*Sur le*). Chacun parmi nous sait que dans les grands froids, le voyageur est parfois saisi d'une faim subite, à laquelle succède bientôt un besoin presque irrésistible de sommeil, qui, s'il n'est surmonté, se termine par la mort. D'après M. Moretti, qui a longtemps pratiqué la médecine dans la Valteline, ce serait à la neige qu'il faudrait attribuer ces phénomènes, d'où le nom qu'il donne à cette affection ; et, toujours d'après lui, quand on marche longtemps dans la neige, le sang tend à se coaguler dans les extrémités inférieures, et, dès lors, à être stagnant dans les parties supérieures du corps : la faim dévorante qui surgit soudain serait un appel de nature à augmenter le calorique dans l'organisme ; et si le secours d'aliments calorifères vient à manquer, la stagnation du sang tend de plus en plus à se déterminer, le fluide nerveux n'est plus sécrété suffisamment pour la vie, les forces musculaires et sensitives s'évanouissent, et l'individu s'endort d'un sommeil de mort. Peut être même, toujours d'après l'auteur, la neige soustrait-elle, en quelque sorte, directement le fluide vital, d'une manière analogue à la soustraction d'électricité des corps au moyen de l'eau. Quant à la nécessité de prendre des aliments et de boire des liquides fortifiants (vin, café, etc.), quand on est soumis à l'action des causes du mal de neige, elle est trop connue parmi nous pour qu'il soit besoin de la rappeler ici. (*Giorn. di med. milit. sard.* et *Revue méd.*, décembre.)

Polypes du nez (*Teinture de chlorure de fer dans le traitement des*). M. le docteur Reeder, de Lacon (Amérique du Nord) rapporte les heureux effets qu'il a obtenus de la teinture de chlorure de fer dans le traitement des polypes du nez. Dans deux cas, il prétend avoir réussi à guérir ces polypes en peu de jours, bien qu'ils obstruassent les deux narines et que leur existence remontât à plus de dix années. La teinture a été employée, non-seulement en injections, mais elle a en outre été tenue en contact avec les productions morbides, au moyen de morceaux d'amadou introduits dans les narines. (*Th. Bost. med. and sug. journ.* et *France médic.*, novembre 1861.)

VARIÉTÉS.

PROTHÈSE.

De la restauration de la division congénitale de la voûte du palais et de son voile ; parallèle des moyens prothétiques et des procédés autoplastiques (¹).

Lettre au professeur Lawrence, par M. Debout.

Maintenant que nous avons établi par des faits la réalité des ressources de la prothèse pour obturer la division congénitale de la voûte et du voile du palais, il semble qu'il ne nous reste plus qu'à tracer le parallèle entre les secours fournis par des appareils nouveaux et ceux offerts par la médecine opératoire.

(¹) Suite. — Voir la livraison du 15 décembre, t. LXI, p. 519.

Mais auparavant nous devons dire un mot des incommodités créées par ce vice de conformation, afin de pouvoir les mettre en balance avec les inconvénients des obturateurs et les dangers des procédés autoplastiques. Ce point de la question est complétement négligé dans les ouvrages classiques; c'est à tort, car il doit entrer pour une large part dans les motifs de détermination des chirurgiens, et peser d'un grand poids sur le choix des moyens que la science met à leur disposition.

Les incommodités que provoque la division congénitale de la voûte et du voile du palais sont loin d'être les mêmes aux divers âges de la vie. Lorsque arrive le moment d'agir chirurgicalement, c'est-à-dire chez l'adolescent, le vice de conformation n'affecte plus alors que l'acte de la parole; quelque considérable que soit la lésion, ces individus se nourrissent aussi facilement que si la conformation de l'intérieur de la bouche était normale; il n'en est pas de même à la naissance.

La bifidité de la voûte et du voile du palais est un des vices de conformation qui compromettent le plus directement l'existence des enfants qui en sont affectés, par l'obstacle qu'elle apporte à l'allaitement [1]. Le silence que gardent les auteurs à cet égard, ainsi que sur les artifices qui peuvent être employés pour nourrir ces enfants, nous engage à reproduire ici la première partie d'un très-intéressant mémoire adressé, en 1778, à l'ancienne Académie de chirurgie, par Eustache (de Béziers). Ce travail serait resté ignoré, si un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués, M. Verneuil, ne s'était imposé la tâche de compulser les archives de la célèbre compagnie et d'en publier tous les fragments qui peuvent être utiles à la science. Quoique sa publication soit faite surtout au point de vue de l'histoire de la staphylorrhaphie, notre sagace confrère a pris soin de mettre tout spécialement en relief la valeur du mémoire d'Eustache, quant au sujet qui nous occupe.

Voici ce document en entier. Nous devons faire remarquer tout d'abord qu'Eustache se sert d'un terme impropre en désignant le vice de conformation sous le nom d'*absence du voile du palais*. Cette erreur, ainsi que l'indique M. Verneuil, tient à ce que, à la naissance, les dimensions de l'organe sont petites et les deux moitiés peu apparentes. Cette rectification faite, nous reprenons notre citation :

Observations faites sur plusieurs enfants nés sans voile du palais, suivies d'un essai sur un moyen de réunir les divisions récentes de cet organe, par Eustache, de Béziers.

« ..... Personne n'ignore que le voile du palais est spécialement destiné à modérer et diriger la chute des aliments et de la boisson, et à les empêcher de remonter par le conduit nasal; qu'il sert encore à diriger l'air expiré; que la déglutition en dépend, ainsi que l'agrément de la voix et l'articulation sonore des paroles. Mais si cette cloison charnue est si essentielle à l'homme déjà formé, elle ne l'est pas moins aux enfants nouveau-nés pour pouvoir traire du sein de la mère ce suc vital si admirablement élaboré dans ses veines par la

[1] Dans la 15e livraison du *Compendium de chirurgie*, parue depuis que cet article est terminé, nous trouvons les deux assertions suivantes : « La division congénitale du voile du palais ne compromet pas l'existence... On ne doi pas compter, ici, sur l'emploi des moyens prothétiques. » (Page 754.) Ces lignes démontrent de nouveau l'importance de notre étude.

nature. L'exemple d'un de mes enfants, observé avec toute l'exactitude que peut inspirer la tendresse paternelle, en sera une preuve évidente.

« Obs. I. *Première observation faite sur un de mes enfants né absolument sans voile du palais.* — En 1778, mon épouse accoucha heureusement d'un garçon qui, d'abord, parut bien conformé. On lui donna, quelque temps après sa naissance, un peu d'eau sucrée; à peine eut-il goûté cette liqueur, qu'il éprouva tout à coup une convulsion presque générale; je l'attribuai à quelques gouttes de ce liquide tombées dans l'ouverture du larynx. Revenu de ce funeste accident, on lui présenta une mamelle; il la saisit avec avidité, la quitta, la ressaisit avec inquiétude; il en reprit d'autres, mais toujours avec la même agitation et sans succès. J'étais trop intéressé à la conservation de ce tendre enfant pour ne pas m'occuper sérieusement à trouver la cause d'un tel effet. J'examinai la bouche, et, au premier coup d'œil, je ne la crus pas désorganisée; mais les accidents subsistant toujours, je revins à un second examen, et j'aperçus enfin, à l'entrée du gosier, une ouverture extraordinaire qui me fit juger que mon fils était né sans voile du palais.

« Cependant deux jours s'étaient écoulés déjà. et *erat periculum in mora.* Je me décidai donc à lui faire administrer une petite cuillerée de lait de chèvre; il en avala quelques gouttes, mais la plus grande partie ressortit par le nez Je répétai cette méthode sans beaucoup de fruit. Dès le quatrième jour de toutes ces perplexités. j'imaginai de faire un long et gros pinceau avec du linge; je le trempai dans du lait, et je lui présentai; il le saisit, le suça, et ce petit artifice ayant toujours réussi, il fut continué pendant sept jours consécutifs. Enhardi par ce succès, je fis un second pinceau de la forme d'un mamelon; ce mamelou factice l'accoutuma peu à peu au mamelon naturel, et, dix jours après, il commença à teter, mais toujours avec peine et beaucoup de lenteur, ce qui le réduisit à un état de maigreur attendrissant.

« Dans l'espace de cinq mois, il eut dix nourrices, et toutes m'ont avoué que ce malheureux enfant, quoique collé à leur sein pendant des heures entières, n'avalait pas dans un jour un petit demi-verre de lait. De là, par conséquent, la suppression presque entière des urines et des autres excréments. Enfin, il se présenta une autre nourrice qui, animée par l'intérêt, ce grand et puissant mobile, se chargea de cet enfant malgré les embarras et les soucis qu'il donnait; elle en a eu soin pendant l'espace de quatorze mois; mais, fatiguée bientôt, et voyant dépérir son enfant à vue d'œil, elle imagina, pour abréger ses soins, et pour ne pas perdre son salaire, de le nourrir avec de la bouillie faite avec partie égale d'eau et de lait, avec un peu de sucre; elle suivit cette marche secrètement pendant treize mois, comme elle l'a ensuite avoué. Cela ne l'empêchait cependant pas, pour masquer sa conduite, de l'appliquer à son sein; mais c'était toujours avec des convulsions et des quintes de toux très-violentes.

« Il vécut pourtant et fut sevré à l'âge de dix-neuf mois. Ici se présente une scène consolante; mon enfant prit bientôt de l'embonpoint; ses chairs se raffermirent, ses yeux s'animèrent, et, les fluides refluant plus rarement par le nez, il se trouva, en moins de trois semaines, dans un état de santé que je n'avais pas osé espérer.

« Vous comprenez bien que je voulus découvrir la cause d'un si heureux changement; je la trouvai dans le développement commencé du voile du palais; ce développement se perfectionnant tous les jours, les choses prirent leur cours naturel, et mon fils fut en grande partie délivré des accidents fâcheux qui m'avaient tant alarmé. Depuis cette époque, la déglutition des solides a toujours été facile; il faut pourtant avouer qu'il n'en a pas été de même de celle des fluides, surtout de celle de l'eau, qui a toujours été laborieuse. Le seul vin rouge et le muscat passaient moins difficilement, leur qualité spiritueuse mettant sans doute en jeu les organes de la déglutition. Il faut encore remarquer que, pour peu que mon fils fût distrait en mangeant ou en buvant, et que le plus petit obstacle touchât l'orifice de la trachée-artère, dans l'instant une toux violente le saisissait, et tous les ressorts musculaires en étaient ébranlés. Enfin il faut observer que ce tendre enfant, ayant sans doute éprouvé que la chute rapide des liquides lui était nuisible, les retenait dans la bouche, et les avalait insensiblement goutte à goutte, par un instinct naturel plus sûr que tous les raisonnements. Lorsqu'il avalait, il avait aussi la précaution d'incliner la tête en avant, comme cette fille portugaise dont l'histoire est rapportée par M. de Jussieu (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1718).

« De tous ces faits scrupuleusement observés, il paraît évident : 1° que le voile du palais est absolument nécessaire, surtout aux enfants nouveau-nés, et que, dans tous les âges, il sert à la déglutition, principalement des liquides; 2° qu'il est encore d'un merveilleux usage pour l'articulation sonore et pour l'agrément de la voix, comme je l'ai dit ci-dessus, et comme le fait suivant achèvera de le démontrer :

« Mon fils, dont je viens de peindre la triste situation, est resté comme muet jusqu'à l'âge de quatre ans, ou, s'il parlait, c'était toujours d'une manière inintelligible A cette époque, il commença à prononcer plus distinctement, mais toujours d'une voix embarrassée et sans souplesse. Pour rompre cette inflexibilité, j'imaginai de le faire babiller sans cesse, afin que la fréquence des vibrations des fibrilles de la glotte les rendît souples et agiles et leur ôtât la dureté et la roideur qui m'affligeaient dans la voix de mon fils. Cet expédient me réussit au mieux; par le moyen de ce caquet continuel, que j'avais soin d'animer, son organe prit de la souplesse et se plia aux inflexions les plus variées; l'air qui, par le mouvement continuel d'inspiration et d'expiration, sort des poumons ou y entre par l'ouverture de la glotte, fit insensiblement vibrer les fibres nasales par le mouvement accéléré d'un babil non interrompu. »

Eustache continue :

« Un physicien moderne considère l'organe de la voix comme un instrument à cordes. L'air, échappé des poumons qui le soufflent, pince les fibres tendineuses de la glotte et en tire des sons en les faisant frémir. De la flexibilité de ces fibres ou cordes vocales, de leur agilité, de la précision de leurs vibrations dépendent tous les agréments de la voix et du chant, la netteté des sons, la légèreté du rossignolage, la délicatesse d'une modulation et le brillant d'une cadence perlée. Mais, pour produire tous ces agréables effets, il ne faut pas que la bouche soit désorganisée. Vous savez, messieurs, que les personnes qui sont privées du voile du palais, ou chez lesquelles cette cloison charnue est divisée, ont la voix désagréable, elles nasillent : c'est ce qu'on a observé sur mon enfant, quoique, par le moyen qui m'avait si bien réussi, il prononçât très-distinctement; néanmoins sa voix n'était pas agréable, il nasillait; par la raison que l'air, qui sort de la glotte, n'est pas dirigé par cette cloison dans les arrière-narines, la plus grande partie passe, au contraire, par la bouche, les sons formés ne vont pas retentir dans la cavité du nez, et la voix, par conséquent, n'a aucun agrément.

« Je passe sous silence bien d'autres phénomènes que j'ai observés sur mon enfant. M. Dodart, qui a donné un admirable mémoire sur le mécanisme de la voix (*Académie des sciences*, année 1700), traite cette matière d'une manière à embellir et à fortifier mes observations; mais, comme un vain étalage d'érudition n'ajouterait rien à la vérité des faits que je viens d'exposer, je me contente d'y renvoyer mes lecteurs.

« J'ai présenté souvent mon fils à plusieurs membres de l'Académie des sciences et belles-lettres de cette ville, et les différentes expériences que je rapporte ont été faites en leur présence. Il y a environ trois mois que cet enfant si chéri est mort de la petite vérole. Il finirait actuellement sa cinquième année. »

Observations subséquentes qui viennent à l'appui de la première.

« Obs. II. M. Rey, avocat au parlement, me fit appeler, le 12 octobre 1779, pour voir sa fille âgée de douze jours. Le sieur Fouquier, chirurgien ordinaire de la maison, me dit qu'il n'avait pas été possible de faire teter cette enfant, qui n'avait été nourrie, jusqu'alors, qu'avec du lait de chèvre pris par petites cuillerées. Nous fîmes ensemble l'examen de la bouche, et nous trouvâmes qu'elle était privée du voile du palais, à peu près comme mon fils, avec cette

différence, cependant, qu'à la place des piliers il y avait de chaque côté une caroncule de la grosseur d'un petit pois, et à l'endroit qui correspond à l'articulation de l'apophyse cunéiforme de l'occipital avec le corps du sphénoïdo, une excroissance charnue de la grosseur d'un haricot. Je me déterminai à suivre la méthode que j'avais employée pour mon enfant. Cette petite commença à teter le sixième jour, mais avec beaucoup de peine; le lait ressortait pour la plus grande partie par le nez. On lui donna une nourrice à la campagne, puis on la fit revenir à la ville par mon conseil; mais tout fut inutile. Le même vice existant toujours, la difficulté de teter resta la même; les convulsions redoublèrent, l'extrême maigreur suivit, elle tomba dans un état de fièvre lente. L'appauvrissement du sang occasionna, dans différentes parties du corps, des tumeurs qui suppurèrent. La mort survint enfin, après cinq mois de souffrance.

« Obs. III. Le 6 juin 1781, je fus prié par M. Rouillet, médecin, de voir l'enfant du nommé Fabregues, âgé de vingt jours, et qu'il n'avait pas été possible de faire teter. A la première inspection, j'aperçus qu'il avait un bec-de-lièvre. La plus petite goutte de liquide, qui ressortait d'ailleurs toujours en grande partie par le nez, le faisait tomber dans des convulsions violentes. J'examinai attentivement l'intérieur de la bouche, et je vis clairement qu'il manquait du voile du palais. Tout le reste se trouvant dans l'état le plus naturel, je lui fis donner de la bouillie qu'il avala facilement; mais son estomac ne pouvant supporter cette nourriture, il périt le vingt-cinquième jour de sa naissance.

« Obs. IV. M. Cassan, négociant à Pézénas, me consulta, le 14 juin 1781, sur l'état de sa fille, qui, née depuis quinze jours, n'avait pu encore teter. Le moindre liquide la suffoquait. Les mêmes moyens que j'avais employés pour mon enfant furent mis en usage, parce qu'elle était privée, comme lui, de voile du palais; mais tout fut inutile. Lorsqu'on l'appliquait au sein, les accidents se renouvelaient, les liquides ne passaient pas; elle tomba dans le dernier degré de marasme, et mourut trois mois après sa naissance.

« Obs. V. Le 12 septembre 1781, je fus appelé chez Jacques Visset, maréchal à Sauvian, village situé à une lieue de Béziers; le sieur Valouzière, maître en chirurgie, m'y attendait. On me fit voir une petite fille qui n'avait que huit jours. J'appris qu'il n'avait pas été possible de la faire teter, et qu'elle avait éprouvé les mêmes accidents rapportés dans les observations précédentes D'après l'examen de la bouche, nous fûmes convaincus que cette enfant n'avait pas de voile du palais. Je conseillai l'usage de la bouillie, qu'elle avala facilement; on essayait de temps en temps de la faire teter, mais inutilement; c'étaient toujours de nouvelles inquiétudes et de nouveaux tourments. Elle mourut le quarantième jour de sa naissance, maigre et exténuée.

« Obs. VI. Le fait suivant m'a été communiqué par le sieur Cabanon, maître en chirurgie à Capestan, à trois lieues de Béziers; il fut appelé, dans le courant de septembre 1782, chez André Espérou, pour voir une fille née depuis quatre jours, qu'on n'avait pu faire teter, et à laquelle il n'avait pas même été possible de faire avaler aucun liquide.

« Il résulta de l'examen que cette petite n'avait point de voile du palais. Tout le temps qu'elle vécut, elle fut nourrie avec de la bouillie; sans avoir beaucoup d'embonpoint, elle se portait assez bien. Presque tous les gens du village ont été témoins que, toutes les fois qu'on a voulu lui faire avaler quelque liquide, elle a été en danger de suffoquer, et que ce liquide ressortait presque tout entier par le nez. Elle mourut subitement, environ neuf mois après sa naissance, sans qu'on pût déterminer la cause de sa mort.

« De toutes ces observations je conclus que, dès qu'un enfant a le malheur de naître sans voile du palais, il est essentiel de le nourrir avec de la bouillie, mais surtout sans jamais l'appliquer au sein de sa mère. La difficulté qu'il éprouve à teter, les accidents qui surviennent, les convulsions qui en sont la suite, les inquiétudes qui le tourmentent, tout cela ne peut que l'échauffer, l'agiter, le maigrir, et le conduire enfin à la mort. Si j'avais suivi toujours cette méthode, peut-être qu'aucune des tendres victimes dont je viens de parler n'aurait péri. Je laisse cette réflexion à votre jugement. »

Voici les remarques dont M. Verneuil fait suivre les observations d'Eustache.

« Avant de produire la seconde partie du mémoire où l'on verra la staphylor-

rhaphie indiquée et décrite d'une manière si remarquable, je désire m'arrêter quelques instants sur les faits qui précèdent, et faire ressortir toute leur importance, abstraction faite de la question de médecine opératoire.

« La malformation originelle qui nous occupe était déjà connue avant la fin du siècle dernier, ne fût-ce que par les chirurgiens qui avaient observé des becs-de-lièvre compliqués. Mais nous croyons qu'avant Eustache personne ne l'avait étudiée en tant que lésion simple, bornée à la partie postérieure de la voûte buccale, personne surtout n'en avait décrit aussi exactement les conséquences et le pronostic. Notre auteur, au contraire, après avoir insisté sur les usages essentiels du voile du palais, énumère très-fidèlement les accidents qui résultent de sa conformation vicieuse, c'est-à-dire l'impossibilité, les dangers même de l'allaitement naturel, l'imperfection du langage par défaut de prononciation, etc., puis il indique le moyen propre à entretenir la vie précaire des malheureux enfants affectés de cette manière, et démontre l'efficacité de ses conseils par l'exemple de son propre fils, qui seul, parmi les enfants cités, dépassa la première année de la vie, grâce peut-être aux soins minutieux qui furent pris pour assurer l'alimentation.

« La série des faits produits par Eustache met en évidence l'extrême gravité de la division congénitale du voile du palais, gravité que cette difformité partage avec le bec-de-lièvre compliqué, et sur laquelle les auteurs modernes eux-mêmes n'insistent peut-être pas assez. Sur un nombre donné d'enfants nés avec des divisions étendues de la voûte buccale, combien survivent, combien meurent? C'est ce que les documents statistiques exacts ne permettent pas de préciser; toujours est-il qu'un très-grand nombre succombent de bonne heure. C'est une remarque faite par Dieffenbach et d'autres, et qui a été plusieurs fois confirmée par les discussions de la Société de chirurgie. Encore est-il évident que le pronostic, toutes choses égales d'ailleurs, est plus sérieux pour les divisions du voile du palais que pour le bec-de-lièvre, puisqu'on peut remédier à ce dernier de très-bonne heure, tandis que l'opération de la staphylorrhaphie est à peu près unanimement rejetée à l'époque de l'adolescence, et non sans de bonnes raisons.

« On remarquera encore, dans l'observation du fils d'Eustache, l'espèce de gymnastique vocale instituée avec succès par son père; puis cet accroissement secondaire du voile du palais, sorte d'autoplastie naturelle, en vertu de laquelle la cloison membraneuse semblait, vers le vingtième mois, s'être beaucoup développée en arrière.

« Au point de vue nosographique, cette première partie présente donc le plus incontestable intérêt; elle serait, de plus, consultée avec fruit par les chirurgiens qui voudraient écrire un paragraphe utile *sur les précautions à prendre pour assurer l'existence des enfants affectés de division congénitale du voile du palais.* »

Cette lacune, dont M. Verneuil se préoccupe avec juste raison, nous a frappé depuis longtemps, car nous avons apporté une attention toute particulière, nos lecteurs le savent, à la thérapeutique des vices de conformation originels. Dans toutes les observations des individus affectés de division de la voûte du palais que nous avons eu l'occasion de recueillir, nous avons noté les soins particuliers pris pour leur allaitement et auxquels ils devaient d'avoir survécu.

Ces artifices varient avec l'étendue de la lésion. Lorsque la solution de continuité porte seulement sur la voûte du palais, comme chez l'enfant d'Eustache, l'allaitement maternel peut avoir lieu; mais, pour qu'il soit facile, il faut

que l'enfant soit présenté et tenu au sein dans la position verticale. C'est de cette manière qu'a été nourri M. Stephenson, ce médecin américain sur lequel M. Roux a pratiqué sa première opération de staphylorrhaphie. M. Roux a pris le soin de consigner dans son premier mémoire cette inspiration heureuse de la mère de M. Stephenson. Depuis, il a eu bon nombre d'occasions, dit-il, de recommander la même précaution, et toutes les fois que les nouveau-nés étaient dans les mêmes circonstances, il l'a vue réussir. Cet expédient vaut mieux que celui que signale Eustache, car plusieurs des enfants qu'il a fait nourrir avec des aliments solides ont succombé, ainsi qu'on l'a vu. Si son fils a survécu, le chirurgien de Béziers a dû cet heureux résultat à ce que l'allaitement naturel était continué malgré l'usage des bouillies et surtout aux soins incessants dont son enfant était l'objet.

Quand avec la division du voile du palais il existe un bec-de-lièvre simple ou double, complication assez fréquente, il n'y a plus à songer à l'allaitement naturel, car l'enfant ne peut saisir la mamelle. Dans ces cas, comme chez Lemaître, on ne peut faire usage que d'un biberon et le faire prendre. L'embout de l'instrument doit avoir une longueur plus considérable que ceux des modèles ordinaires. Il faut encore que le canal qui parcourt cet embout soit étroit, afin de permettre un faible écoulement au lait; l'acte de la déglutition ayant lieu avec lenteur, il n'y a pas de pénétration du liquide dans les voies aériennes.

Mais revenons à notre sujet principal, et nous le pouvons sans quitter les observations intéressantes que nous a fournies le chirurgien de Béziers. On a vu qu'une fois l'allaitement terminé, Eustache ne parle plus des obstacles apportés à l'alimentation de son enfant par la bifidité du palais ; c'est que l'éducation des parties s'est faite promptement. Malgré leur infirmité, les petits malades ne tardent pas à manger et à boire aussi facilement que les sujets de leur âge bien conformés. On remarquera que, à partir du sevrage, l'arrêt de développement cesse de compromettre l'existence.

Il survient alors une série d'épreuves nouvelles ; celles qui ont trait à l'appareil de la phonation ; celles-ci ont une plus longue durée. Si les premiers cris de l'enfant ne sont pas modifiés par la fente du palais, il n'en est plus de même dès qu'arrive l'époque où il commence à vouloir articuler des sons, à essayer de parler. Le développement incomplet des parties rendant la parole laborieuse, les enfants affectés de ce vice de conformation ont besoin d'être incités; si on les abandonne à eux-mêmes, ils ne parlent pas, ou ne font entendre que des sons mal articulés. A moins d'une grande patience et de soins tout particuliers, comme Eustache nous eu fournit un exemple, on n'arrive pas à remédier à cet état des choses : la voix reste choquante et désagréable.

Cette imperfection du langage exerce une fâcheuse influence sur le caractère des enfants ; s'ils sont toujours compris de leurs parents, il n'en est pas de même lorsqu'ils s'adressent à leurs petits camarades ; ceux-ci les repoussent de leurs jeux. Plus tard encore, lorsque le moment est venu de commencer leur éducation, la difficulté de se faire comprendre fait que ces sujets ne peuvent bénéficier des bienfaits de l'instruction en commun. Privés du stimulant de l'émulation, et restant dans leur famille, ils étudient peu, travaillent mal et se découragent sans cesse ; rarement ils parviennent à compléter leurs études particulières.

Et cependant avec du bon vouloir et une étude tant soit peu spéciale, commencée de bonne heure, on parviendrait à corriger assez le vice de leur prononciation pour que ces individus ne soient point réduits à ne connaître que

la vie de famille. L'amendement ne doit pas être très-considérable pour leur suggérer l'idée de rentrer dans le monde, il suffit que leur conversation devienne compréhensible. Habitués dès l'enfance à leur manière de parler, ils n'ont qu'imparfaitement la conscience de la défectuosité de leur langage, et dès qu'on ne manifeste aucune peine, aucune fatigue, en conversant avec eux, ces individus oublient ce qu'il y a d'insolite dans leur manière de parler.

La lecture à haute voix, la déclamation, et même le chant, sont les exercices les plus propres à améliorer leur prononciation. Sous l'influence de cette gymnastique, la voix devient plus étendue, moins voilée, moins nasillarde, et l'articulation des sons moins défectueuse. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui arrive pour l'acte de la déglutition des liquides. Lorsqu'on voit ces larges brèches du voile du palais, on est étonné que les individus qui en sont affectés boivent d'une manière aussi naturelle, aussi prompte, que s'ils n'avaient aucune infirmité.

La nature possède des ressources infinies ; alors que l'intégrité des appareils organiques vient à être compromise, leurs fonctions ne se trouvent pas détruites pour cela. Tout d'abord, leur exercice se trouve bien plus ou moins entravé ; mais si, par une gymnastique forcée, continue, on met en jeu les parties restantes, on voit peu à peu les inconvénients diminuer et ces appareils, tout incomplets qu'ils sont, recouvrer en grande partie leurs usages. « *La fonction fait l'organe,* » a dit M. J. Guérin; nous en trouvons ici une preuve nouvelle. La déglutition, acte de la vie organique, se produisant d'une façon incessante, l'éducation des débris du voile du palais se fait vite et les liquides, eux-mêmes, ne tardent pas à être ingérés sans provoquer aucun accident. Il n'en est plus de même de l'usage de ces parties pour l'acte de la phonation. Cette fonction est sous la dépendance de la vie de relation, elle exige le concours de la volonté, et d'une volonté d'autant plus énergique que l'altération éprouvée par les parties, rend son accomplissement laborieux. Ce n'est cependant qu'une difficulté dont un exercice répété et prolongé finira par triompher.

Si les résultats laissaient à désirer, surtout en ce qui concerne le timbre nasonné de la voix, il resterait la ressource des appareils prothétiques.

Dans l'exemple que nous avons donné des bons effets de l'emploi de ces obturateurs mobiles, le sujet a cinquante-quatre ans, et malgré cet âge déjà avancé, son éducation, nous l'avons dit, est plus rapide que celles de beaucoup d'individus plus jeunes. Le désir de bien faire vient en aide à l'agilité des parties. Mais ce n'est pas le seul exemple que nous ayons en ce moment sous les yeux ; M. Prêterre nous a montré plusieurs jeunes gens dont il a entrepris la cure. Nous en publierons plus tard les observations complètes.

Ce sont les jeunes personnes, celles surtout qui ne sont pas dépourvues d'agréments physiques, qui bénéficieront le plus des bienfaits de la prothèse. Rien ne rompt les charmes de la beauté, n'en ternit l'éclat, comme cette imperfection du langage que crée la division du voile du palais.

Le plus grand obstacle à la vulgarisation des obturateurs garnis de voiles mobiles seront les sacrifices d'argent que leur usage impose ; faisons remarquer que le prix de ces appareils n'a rien d'exagéré, ensuite que le secours de la prothèse n'est indispensable qu'aux individus qui appartiennent aux classes aisées de la société. M. Roux lui-même va nous en fournir encore la preuve. « On le conçoit, pour l'homme dont la destinée est d'être incessamment livré à des travaux matériels, et d'avoir peu de communications intellectuelles avec ses semblables, un timbre de voix tel quel, une manière de parler si défec-

tueuse qu'elle soit, suffit rigoureusement à ses besoins. Que lui servirait d'avoir un langage plus parfait? Aussi, fait-il rarement de lui-même de grands efforts pour atténuer les résultats de sa difformité; et l'on a peine à faire naître en lui le désir d'en être délivré. J'aurais bientôt compté, tant le nombre est peu considérable, les hommes ou les femmes de la campagne, ou les individus appartenant aux dernières classes de la société de nos villes, auxquels j'ai pratiqué la staphylorraphie; et la plupart ont encore cédé aux instances que le hasard m'avait mis dans le cas de leur faire, plutôt qu'à ce que pouvait avoir d'agréable la perspective d'un grand changement dans la manière dont ils parlaient. J'en ai vu qui, au moment où j'allais la leur faire, n'ont pas voulu subir l'opération à laquelle ils avaient d'abord consenti. »

Nous nous sommes assez étendu sur les ressources de la prothèse, disons un mot maintenant des secours de la médecine opératoire. Lorsque le vice de conformation affecte seulement le voile du palais, les résultats des procédés autoplastiques sont complets, et ils l'emportent sur les obturateurs mobiles. Mais, lorsque la division s'étend à la voûte palatine, circonstance que nous avons tout spécialement en vue, il n'en est plus de même. Le chirurgien ne peut parvenir à réunir que les deux moitiés du voile; or, il reste à combler la brèche de la voûte [1]. A l'âge auquel la staphylorraphie peut être tentée, il n'y a plus d'espoir de voir les parties osseuses du palais se rapprocher; force sera donc aux malades, malgré le succès de l'intervention de l'autoplastie, de faire usage d'un appareil pour combler l'ouverture restante.

Jusqu'à l'époque où les artistes qui se livrent aux restaurations buccales fussent arrivés à construire des obturateurs mobiles capables de suppléer le voile du palais, la médecine opératoire était dans son rôle, en cherchant à rétablir la continuité de ce plan membraneux. Par là, elle plaçait les parties dans des conditions telles que la prothèse pouvait compléter l'œuvre réparatrice à l'aide d'une simple plaque en métal. Mais, en est-il encore de même aujourd'hui? Non, évidemment. Puisque les individus affectés d'une double division

---

[1] Puisque nous avons principalement pour but de mettre en relief les ressources qu'offrent des appareils mécaniques, nous devons rappeler l'article que nous avons publié, il y a déjà longtemps, sur l'emploi des compresseurs des maxillaires dans les cas de bec-de-lièvre compliqué de division congénitale de la voûte palatine et de la saillie du tubercule médian (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLIV, p. 254 et 447). Aux faits que nous avons produits à l'appui des bons effets de ces appareils, nous devons ajouter le suivant, que M. Roux emprunte à la pratique de Montain (de Lyon). Voici en quels termes M. Roux rend compte de cette tentative : « Cette opération (la staphylorraphie) était à peine créée, à peine connaissait-on les premiers résultats que j'en avais obtenus, que M. Montain se rencontra avec moi dans la pensée de provoquer chez les très-jeunes sujets le rapprochement des deux parties de la voûte palatine, dans les cas où une fissure de cette voûte coïncide avec une division congénitale du voile du palais. Comme moi, il eut l'idée d'une double compression sur les côtés de la mâchoire supérieure. Une fois donc il a traité et obtenu ce rapprochement des deux bords de la fente du palais, chez un enfant presque nouveau-né. Il a travaillé ensuite à faire adhérer ces dernières parties l'une à l'autre, et le succès a couronné son œuvre. Seulement, au lieu de faire une opération sanglante et de pratiquer des points de suture, il s'était contenté de cautériser à plusieurs reprises les bords de la division. »

se trouvent condamnés à porter un appareil, que l'instrument soit plus ou moins compliqué, cela importe peu ! La plaque palatine est la partie la plus gênante de l'appareil, à cause des points d'appui qu'elle doit prendre sur les dents. Il n'en est pas de même de l'obturateur mobile. Le pharynx et la base de la langue se font vite à son contact. D'ailleurs, son essai est inoffensif, et comme il se peut faire à un âge où on ne peut encore songer à pratiquer la staphylorraphie, rien n'empêche que l'on n'en tente l'usage. Si le secours n'était pas assez efficace, il n'y aura pas eu de temps perdu et le malade pourra toujours réclamer les bénéfices de l'autoplastie; il se déterminera en connaissance de cause. Si la staphylorraphie venait à échouer, le malade reviendrait à l'emploi de son obturateur mobile, et tout se réduirait à élargir un peu la plaque de caoutchouc, puisque la brèche à combler serait plus grande, et à donner un peu moins de force au ressort qui relève cette plaque, puisqu'on aurait affaibli les parties musculaires qui pressent sur le voile artificiel.

Du reste, nous pouvons appuyer notre manière de voir de l'opinion d'un chirurgien éminent. Depuis qu'il a été témoin, comme nous, des résultats fournis par les obturateurs mobiles, et toutes les fois qu'il existe une brèche à la voûte palatine, M. Nélaton a complétement renoncé à pratiquer la staphylorraphie, même lorsque le voile est bien conformé, c'est-à-dire, dans les cas où il a fallu sacrifier ces parties pour extraire un polype fibreux des fosses nasales.

Dans l'état actuel de la science, nous n'hésitons pas à proclamer que, dans les cas de division double de la voûte et du voile du palais, les ressources de la prothèse l'emportent sur celles offertes par la médecine opératoire.

Le gouvernement vient d'ordonner la rédaction d'une nouvelle édition du *Codex*, dont la dernière édition, qui remonte à 1837, n'était plus à la hauteur des progrès de la science. La loi de germinal an XI, exigeant que cette mission soit confiée à une réunion des professeurs de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie, M. le ministre de l'instruction publique a nommé membres de cette Commission spéciale : MM. Dumas, professeur honoraire, *président*; Grisolle, professeur de matière médicale et de thérapeutique; Regnault, professeur de pharmacologie; Tardieu, professeur de médecine légale; Wurtz, professeur de physique médicale; Bussy, professeur de chimie à l'École de pharmacie; Chatin, professeur de botanique; Guibourt, professeur d'histoire naturelle des médicaments; Lecanu, professeur de pharmacie; M. Petit, chef de la division de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique; M. Mourier, chef du deuxième bureau de la division, *secrétaire*.

Par un second arrêté du ministre de l'instruction publique : MM. Robinet, Boudet et Gobley, membres de l'Académie de médecine, et MM. Mialhe et Mayet, pharmaciens, ont été nommés adjoints, avec voix consultative, à la Commission spéciale chargée de la révision du *Codex*.

M. le professeur Velpeau a été élu vice-président de l'Académie des sciences.

Par arrêté du préfet de police, et conformément aux propositions qui lui ont été faites par le Conseil d'hygiène et de salubrité, M. Bouchardat a été nommé vice-président, et M. Trébuchet, secrétaire de ce Conseil, pour l'année 1862.

MM. Durand et Goze sont nommés à l'emploi de médecin principal de première classe, MM. Bouffar, Mainvielle et Pasquier, à celui de médecin principal de deuxième classe.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la constipation et de son traitement [1].

Par M. le professeur TROUSSEAU.

Déjà, à l'occasion de la dyspepsie [2], j'ai dit quelques mots de la constipation ; mais ce sujet vaut la peine d'être traité avec plus de développements, et je dois donner les raisons qui m'engagent à suivre des médications si différentes, pour un accident qui, de prime abord, semble être identique chez tous les malades.

Tout d'abord, je veux écarter de cette étude les obstacles mécaniques au cours des matières fécales. J'exclus les tumeurs, les obstacles physiques, et je n'accepte le mot *constipation* que dans le sens où on l'entend vulgairement.

Pour nous, il y a constipation toutes les fois que les défécations sont rares, indépendamment de tout obstacle mécanique au cours des matières.

Il faut bien entendre que, chez certaines personnes, la constipation n'est pas une infirmité, qu'elle est la condition de l'organisation, et que tant qu'elle n'est pas poussée au delà de certaines limites, elle ne peut être considérée comme une maladie.

En effet, si l'on considère que, dans les défécations, outre les résidus des substances alimentaires, il y a une proportion considérable de sucs sécrétés par les glandes salivaires, le foie, le pancréas et par les glandules qui entrent dans la composition des parois de l'intestin, on comprendra que la proportion de ces sucs peut varier à l'infini, non-seulement en raison de la nature des aliments et des boissons, mais surtout en vertu des idiosyncrasies. Un homme n'est pas malade parce que, chez lui, les sécrétions de la peau sont très-peu abondantes; on n'a pas le droit de considérer comme un état maladif les conditions analogues qui existent du côté de l'appareil digestif.

---

[1] Cet article était mis en pages, et devait paraître dans notre dernière livraison, mais l'étendue de nos autres travaux nous a forcé d'en ajourner la publication. Ignorant cette dernière circonstance, l'honorable professeur a communiqué les épreuves de son article à un autre journal, qui s'est hâté d'en donner une analyse. Si nous divulguons ces faits, c'est moins pour nous plaindre de cette double communication que pour prévenir une revendication de notre confrère de la presse. (*Note du Rédacteur en chef.*)

[2] *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II ; (sous presse).

Aussi, bien que normalement, chez l'homme adulte, il doive y avoir chaque jour une garde-robe, cependant certaines personnes, en vertu de la disposition dont je viens de parler, n'auront d'évacuation que tous les deux ou rois jours, la constipation chez elles devant être considérée comme inhérente à l'état de santé. Cela est si vrai, que les personnes dont je parle, si elles ont accidentellement des garde-robes quotidiennes, non diarrhéiques, éprouvent des douleurs d'entrailles, des borborygmes, un sentiment de faiblesse et de malaise identique avec celui qu'éprouvent les autres hommes atteints de diarrhée. Celui qui est physiologiquement constipé, qu'on me permette cette expression incorrecte, a une diarrhée relative, s'il a chaque jour des selles moulées.

Les matières cheminent dans l'intestin en vertu du mouvement péristaltique, et ce mouvement n'est nulle part plus énergique que dans l'intestin grêle ; mais, quand elles sont arrivées dans le gros intestin, le mouvement péristaltique se ralentit, ou tout au moins il est peu efficace, et les contractions expirent facilement contre l'accumulation des fèces dans le rectum, et contre la résistance du sphincter : tous les jours nous pouvons apprécier ces effets lorsque, sollicités par la sensation qui nous avertit du besoin d'exonérer l'intestin, nous résistons à cette sensation. Généralement nous y parvenons sans peine s'il n'y a pas de diarrhée, s'il n'y a pas d'accumulation excessive dans le rectum.

Cette habitude de résister au mouvement péristaltique finit par épuiser l'excitabilité de l'intestin, qui, d'une part, s'épuise en efforts superflus et se fatigue comme tous les autres muscles, et qui, d'autre part, se distend par des gaz et par des matières, de telle sorte que la tunique musculeuse perd chaque jour de son ressort, comme tous les muscles creux portés au delà de leur extensibilité normale.

Cependant le contact perpétuel de matières fécales avec l'extrémité de l'intestin émousse la sensibilité des membranes muqueuse et musculeuse, et la contraction synergique des portions supérieures du gros intestin n'a plus lieu, ou tout au moins n'a lieu qu'avec inefficacité.

Ce mécanisme est facile à comprendre. Toutes les fois que, dans l'état normal, on porte sur la dernière portion du rectum une irritation quelconque, outre la contraction immédiate de la tunique musculeuse de cette portion de l'intestin, on a la contraction synergique des parties situées au-dessus, et le mouvement péristaltique s'exagère dans tout l'intestin et quelquefois même jusqu'à l'estomac, et toutes les matières qui sont contenues dans le tube

digestif sont instantanément précipitées ; il y a de la diarrhée. Il y a donc solidarité entre toutes les portions du canal alimentaire, et solidarité pour l'excès comme pour le défaut d'action.

La constipation est donc ici causée par une paresse de l'intestin que de mauvaises habitudes ont provoquée et entretenue. Nous verrons plus tard, en parlant du traitement, que la volonté, si puissante pour causer le mal, ne l'est pas moins pour le réparer.

Ce ne sont pas seulement les matières fécales qui, accumulées ainsi dans le gros intestin, en distendent les parois, les gaz eux-mêmes ne jouent pas un rôle moins actif, et ne contribuent pas moins puissamment à faire perdre son ressort à la tunique musculeuse.

Cette condition anatomique nouvelle, qui, dans la jeunesse et même dans l'âge adulte, est si souvent causée par l'incurie des malades, devient en quelque sorte naturelle à une époque plus avancée de la vie, de sorte que tout naturellement, par les progrès de l'âge, les muscles intestinaux perdent leur ressort, au même titre que la vessie, au même titre que tous les muscles de la vie animale, au même titre que certains plans musculeux de la vie organique, comme ceux du poumon, qui se laissent distendre pour constituer l'emphysème pulmonaire ; et la constipation, avec dilatation du gros intestin, n'est plus un accident chez le vieillard, elle est en quelque sorte l'état normal.

Ainsi, la distension habituelle du gros intestin amène une atonie musculaire en vertu de laquelle les matières fécales ne cheminent plus avec facilité, et ne marchent, en quelque sorte, que poussées par celles qui s'accumulent au-dessus : c'est là certainement la cause la plus efficace de la constipation. Mais, de toutes les parties du gros intestin, celle qui est la plus essentielle à l'acte de la défécation est certainement le rectum. Pourvu de fibres puissantes énergiquement contractiles, parcouru par des nerfs nombreux, terminé par l'anus, qui est doué d'une sensibilité exquise, cet intestin ne peut être normalement rempli de matières stercorales sans que sa contractilité soit éveillée, sans qu'il tende à se débarrasser de ce qu'il contient. Mais, lorsque, la vieillesse arrivant, la sensibilité s'émousse et que la contactilité musculaire s'affaiblit, ou bien, lorsque l'individu, en retenant obstinément les matières fécales, émousse sa sensibilité et accoutume le muscle de l'intestin à se laisser patiemment distendre, il se forme cette dilatation du rectum que l'on a appelée l'*ampoule rectale*. Là s'accumulent les fèces, et les matières s'agglutinent de telle sorte, qu'elles forment des bols énormes, pressent

sur l'anus, et ne peuvent être expulsées que par un véritable enfantement, ou à l'aide de l'intervention chirurgicale. Cette espèce de constipation est plus commune que ne le supposent les jeunes praticiens, et elle a cela de difficile à reconnaître, que, dans quelques cas, elle est accompagnée d'une diarrhée tenant, d'une part, à un flux local provoqué au point de contact, par l'action irritante du bol excrémentitiel, et, d'autre part, à la contraction exagérée des côlons, sollicitée synergiquement par l'irritation du rectum ; forme de diarrhée qui rentre dans la classe de celles qui dépendent d'une excitation portée sur la dernière portion de l'intestin, et que nous avons exposée ailleurs.

Mais, si les tuniques musculeuses du canal alimentaire peuvent être considérées comme l'agent le plus puissant du cheminement des matières fécales jusqu'au côlon ; si, chez l'enfant et même chez l'adolescent, elles sont l'agent presque unique de la défécation, en ce sens qu'il ne soit besoin d'aucun effort pour exonérer l'intestin ; il n'en est plus de même chez les gens habituellement constipés, il n'en est plus de même chez les vieillards ; j'ajoute que, en général, il n'en est plus de même lorsque l'on a un peu dépassé l'âge mûr. Il faut alors que les muscles expirateurs viennent en aide. Or, ces muscles subissent dans bien des circonstances un affaiblissement qui va faire perdre à l'effort la plus grande partie de son efficacité. Je ne parle pas ici de la faiblesse sénile, qui se présente la première à l'esprit; mais je fais allusion surtout à la faiblesse qui est la conséquence de grossesses répétées. Lorsque le produit de la conception a distendu souvent les parois abdominales, celles-ci présentent une flaccidité extraordinaire, et sont désormais impropres à concourir à l'effort d'une manière complétement efficace. A plus forte raison quand il existe une éventration. Il en est de même lorsqu'il y a des hernies qui ne permettent pas au malade de pousser avec énergie sans courir quelques risques. Dans ce dernier cas, la puissance musculaire des agents de l'expiration est intacte, et la volonté seule intervient. On comprend qu'il en soit de même lorsque l'effort ne peut s'accomplir sans provoquer de véhémentes douleurs ; c'est ce qui arrive dans les rhumatalgies des parois abdominales ou du diaphragme, et dans les affections douloureuses de l'abdomen ; c'est ce qui arrive chez les hémorrhoïdaires, chez ceux qui ont une fissure à l'anus et qui ne peuvent obtenir d'évacuation qu'au prix d'intolérables souffrances, dont ils retardent l'explosion, dont ils modèrent la première expression en retenant la contraction des muscles expirateurs et en laissant l'action péristaltique du gros intestin

accomplir presque seule la fonction de la défécation. On comprend que toutes ces causes vont agir pour la production de la constipation, comme agissait tout à l'heure la volonté.

Les maladies de l'utérus ou de ses annexes vont avoir une action étiologique complexe. S'il y a vive douleur, comme dans la métrite, dans les phlegmons pelvi-utérins, la rétention des matières fécales se produit par un mécanisme analogue à celui que nous venons d'étudier : la malade ne va pas régulièrement à la selle, parce qu'elle craint d'y aller, et l'habitude de la constipation finit par se prendre. Il en est de même si une procidence extrême de l'utérus est sans cesse aggravée par les efforts de la défécation, et si la femme contient l'effort et le retarde, autant que la chose est en son pouvoir; mais dans l'antéversion exagérée et surtout dans la rétroversion, la constipation est encore produite par un mécanisme particulier. La pression exercée sur le rectum, qui se trouve aplati contre la concavité du sacrum, empêche les matières de franchir le sphincter d'O'Beirne et l'accumulation se fait dans la portion horizontale de l'S iliaque du côlon. Or, dans l'acte de la défécation, le côlon intervient avec une puissance moindre que le rectum, dont la puissance contractile est considérable, et, d'autre part, les matières qui restent accumulées dans le côlon ne sollicitent pas cette contraction du rectum comme celles qui seraient accumulées au-dessus du sphincter.

Mais si les déplacements exagérés de la matrice sont une cause assez efficace de constipation, la constipation elle-même augmentera le déplacement.

Qu'on se reporte à ce que je viens de dire. Qu'on suppose l'S iliaque du côlon rempli de matières dures, et l'on comprendra tout de suite comment elles appuieront sur le plancher que forme la face antérieure ou postérieure de l'utérus, et comment l'effort lui-même augmentera le déplacement, pressera davantage la matrice contre le sacrum, rendra l'obstacle plus invincible, et l'on voit tout de suite comment la constipation est si opiniâtre et si fâcheuse chez les femmes qui se trouvent dans les conditions que je viens d'indiquer. Chez elles, à l'obstacle physique se joint la paresse intestinale résultant de la rétention volontaire des matières fécales, rétention toute instinctive que les femmes s'imposent pour éviter les douleurs ou les inconvénients qui succèdent aux efforts de la défécation.

La nature des aliments et des boissons, le genre de vie influent singulièrement sur la production de la constipation ; mais, à cet égard, il faut dire que le médecin n'a d'autre guide que l'idiosyn-

crasie de chaque individu. On sait pourtant, d'une manière générale, que la sobriété exagérée, que la vie sédentaire y disposent singulièrement. Il est assez rare que les gros mangeurs, que les gens qui font beaucoup d'exercice, soient constipés. On peut établir également que le régime exclusivement animal dispose à la constipation, tandis que, chez ceux qui font usage des végétaux verts et des fruits, il y a plutôt tendance contraire.

Ce que j'ai dit des conditions dans lesquelles se produit la constipation a déjà dû éveiller dans l'esprit du lecteur des idées thérapeutiques; il a compris que, si, dans un assez grand nombre de cas, les moyens que nous allons opposer à cette infirmité vont être nécessairement inefficaces, ou tout ou moins simplement palliatifs, dans d'autres circonstances, au contraire, nous obtiendrons un succès immédiat et durable.

J'ai signalé l'influence que l'habitude de retenir les matières exerçait sur la production de la constipation, et déjà, en parlant de la dyspepsie liée à la constipation, je suis entré dans quelques détails à ce sujet. Il faut dire, parce que c'est une vérité incontestable, que, lorsque la constipation n'est pas inhérente à la nature de l'individu, comme cela a lieu quelquefois, ainsi que je l'ai établi, la volonté, et une volonté patiente et régulièrement appliquée, triomphe le plus souvent de cette infirmité. Il faut que, chaque jour, exactement à la même heure, on se présente à la garde-robe. Il faut, pendant un temps assez long, faire des efforts puissants; et si ces efforts ont été infructueux, il faut attendre au lendemain; il faut attendre, quand bien même le besoin se serait fait sentir auparavant. Si, le deuxième jour, après de nouvelles tentatives, il n'y a pas d'évacuation, on prendra immédiatement un lavement, non pas avec de l'eau tiède, mais avec de l'eau d'abord dégourdie, et plus tard avec de l'eau froide. Le jour qui suivra, les mêmes tentatives seront renouvelées et remises au lendemain si elles ont encore été infructueuses, et, cette seconde fois encore, un lavement frais sera pris, si l'on n'a pas obtenu d'évacuation. La répétition de l'acte, invariablement à la même heure, finit par amener le sentiment du besoin au moment où l'on veut aller à la selle, et il est rare que, après huit ou dix jours de ces patientes et méthodiques manœuvres, on n'obtienne pas une exonération quotidienne.

Cependant, quelques moyens adjuvants locaux peuvent être utiles. J'ai parlé des clystères à l'eau d'abord dégourdie, puis froide; je puis ajouter ici les suppositoires, qui, pour les hommes

surtout, sont d'un emploi plus facile que les injections anales. Les suppositoires de beurre de cacao suffisent dans le plus grand nombre de cas; les suppositoires de savon auront une action plus énergique et plus sûre; mais ceux que l'on fait au miel durci par la cuisson ont une efficacité plus grande encore. Les suppositoires de miel durci doivent avoir le volume et à peu près la forme d'un petit œuf de pigeon. En les humectant un peu, ils s'introduisent dans le rectum avec une extrême facilité, et il est rare qu'ils ne provoquent pas une évacuation rapide. Il est bien entendu, et je ne saurais trop insister sur ce point, que ces suppositoires, ainsi que les lavements, ne doivent être employés que lorsque, deux jours de suite, des efforts énergiques de défécation n'ont amené aucun résultat.

Je ne veux pourtant pas passer sous silence une recommandation assez importante, relative au moment de la journée où il convient de se présenter à la garde-robe. Le matin est, à coup sûr, l'époque la plus favorable; on est moins dérangé et chacun peut, lorsqu'il se lève, consacrer à cette opération un temps plus long que dans le cours de la journée. Il y a d'ailleurs bien d'autres raisons de convenance que je ne puis ni ne veux indiquer ici et que tous comprendront.

On remarque pourtant, et cette observation a été faite par chacun sur lui-même, que, immédiatement après un repas, le besoin d'exonérer le gros intestin se fait sentir avec un peu plus d'insistance. Soit que l'accumulation des aliments tende à expulser en quelque sorte mécaniquement les résidus arriérés; soit que, et cette explication est plus raisonnable, le travail d'une nouvelle digestion éveille dans tout le canal digestif un travail musculaire préparateur.

Mais, si le moment le mieux choisi pour l'acte de la défécation est celui qui suit immédiatement le repas, et le repas le plus copieux de la journée, on ne peut se dissimuler que les moyens locaux adjuvants, dont nous avons plus haut indiqué l'emploi, ne trouveraient plus ici leur application.

On comprend en effet que les suppositoires irritants et même les clystères ne pourraient être donnés sans troubler gravement la digestion.

Je ne finirai pas ce que j'ai à dire des lavements sans ajouter quelque chose. On a vu que le défaut de sécrétions intestinales avait une grande influence pour la production de la constipation, et l'on comprend qu'en injectant dans le rectum des sub-

stances fortement mucilagineuses, telles que l'eau de graine de lin, la décoction de guimauve, la glaire d'œuf, l'huile, les bols excrémentitiels se trouveront lubrifiés en même temps que la membrane muqueuse, et que leur glissement sera plus facile. Aussi, lorsque l'indication des lavements irritants existe, est-il convenable d'essayer au préalable les lavements du genre de ceux que je viens d'indiquer.

Le régime va maintenant occuper la place la plus importante. Le moyen le plus sûr de vaincre la constipation est de faire prédominer, dans la limite des aptitudes de l'estomac, les substances végétales sur celles qui sont empruntées au règne animal. Et parmi les premières les végétaux herbacés et les fruits crus doivent occuper le premier rang.

Mais il n'est pas toujours facile de ne pas rester en deçà ou de ne pas aller au delà du but que l'on veut atteindre. Donner la diarrhée, ce n'est pas guérir la constipation, c'est substituer une maladie à une autre; et la diète végétale, dont je vantais tout à l'heure l'efficacité, ne sera utile qu'à la condition d'être bien supportée.

Certains aliments tirés du règne animal, tels que le laitage, ont une influence légèrement laxative sur un grand nombre de personnes. On pourra donc y recourir toutes les fois que le lait facilitera les selles sans donner d'indigestion. Le café au lait est, pour un très-grand nombre de personnes, un puissant moyen de remédier à la constipation, il en est de même du thé.

Parmi les boissons, la bière est celle qui va le mieux aux gens constipés; nous en dirons autant du cidre. J'ajouterai que je connais un grand nombre de personnes qui sont certaines d'éprouver le besoin d'aller à la garde-robe immédiatement après avoir pris le matin, à jeun, un grand verre d'eau froide.

Il me serait difficile d'expliquer le mode d'action de ce qu'on appelle le pain de son, lequel pain est fabriqué avec 3/4 de fleur de farine et 1/4 de gros son. Je le prescris très-souvent; les malades en mangent au lieu de pain ordinaire, et il est rare que leurs garde-robes ne soient pas singulièrement facilitées par cet aliment.

Nous verrons tout à l'heure que la belladone est, parmi les médicaments que l'on oppose à la constipation, celui qui manque le plus rarement d'atteindre le but qu'on se propose, et l'on comprendra tout de suite, en songeant à la similitude des propriétés de la belladone et du tabac, comment un très-grand nombre d'hommes ne peuvent aller à la selle que si, immédiatement après le repas, ils

fument une pipe ou un cigare ; et quoique, dans notre pays du moins, il ne soit pas très-bienséant aux femmes de fumer, il est peu de semaines que je ne conseille à des dames d'essayer une cigarette de tabac, afin de vaincre une constipation qu'aucun autre moyen hygiénique ne peut surmonter.

Le médicament que je conseille constamment, à l'exemple de ce que faisait Bretonneau, c'est la belladone. Je formule des pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait et autant de poudre de belladone. On en prend une à jeun, le matin plutôt que le soir. On va à deux après cinq ou six jours, et l'on ne doit que rarement excéder la dose de quatre ou cinq, et toujours ces pilules, quel qu'en soit le nombre, doivent être prises en même temps. Je ne saurais dire de quelle manière elles agissent; ce que je sais, c'est que les malades qui ont suivi avec persévérance, mais infructueusement, les conseils divers dont j'ai parlé plus haut, ces malades, dis-je, finissent, à l'aide de la belladone, par obtenir des garde-robes quotidiennes.

Ce remède ne doit plus être continué dès que les selles sont devenues régulières; il faut laisser aux organes le soin d'agir sans auxiliaire.

Que si la belladone reste impuissante on devra, le soir, administrer en même temps une cuillerée à café d'huile de ricin, et mieux, pour ne pas inspirer du dégoût au malade, faire prendre cette petite quantité d'huile dans des capsules gélatineuses. L'intestin préparé par la belladone subit l'influence purgative de l'huile, et l'on revient à son usage, une, deux fois par semaine, suivant le besoin. Plus tard, ce laxatif est mis de côté, comme la belladone l'a été elle-même. Il importe d'autant plus de ne pas insister que l'appétit diminuerait sous l'influence de ces deux moyens et qu'une alimentation insuffisante ramènerait immédiatement la constipation.

Mais il arrivera trop souvent encore que la constipation ne pourra être vaincue par la série des moyens que je viens d'indiquer ; c'est alors qu'il faut recourir aux purgatifs, remède extrême, remède utile, indispensable même, et qui doit être manié avec certaines précautions et beaucoup de prudence.

Il faut, en général, exclure les purgatifs salins. Ils ont une action rapide, presque instantanée, et fort peu durable; après leur emploi, les sécrétions intestinales, un instant exagérées, se tarissent en quelque sorte, de la même manière que l'application de certains sels sapides sur la membrane muqueuse buccale, après avoir amené une abondante sécrétion de salive, laisse une sécheresse de la bouche et une soif qui est en proportion de l'intensité du premier effet produit.

C'est en général aux purgatifs dits *drastiques* qu'il faut recourir, et principalement à l'aloès, à l'extrait de coloquinte, à la gomme-gutte, à l'extrait de rhubarbe. Ce sont ces substances qui entrent ordinairement dans la composition de toutes ces pilules dont nos voisins d'outre-mer font un usage si fréquent. Nous faisons préparer des pilules selon la formule suivante :

Aloès............................	1 gramme.
Extrait de coloquinte...............	1 gramme.
Extrait de rhubarbe..............	1 gramme.
Gomme-gutte......................	1 gramme.
Extrait de jusquiame...............	25 centigrammes.
Huile essentielle d'anis............	2 gouttes.

Pour 20 pilules, que l'on argentera.

On prend chaque deuxième, ou chaque troisième jour, une, deux et même trois de ces pilules, toujours en même temps, quel qu'en soit le nombre, et ce nombre est relatif à l'action qu'elles exercent sur l'intestin. Elles doivent provoquer une évacuation facile ou naturelle, ou semi-diarrhéique.

Le moment de les prendre n'est pas le même pour tous. Le mieux est de les donner au commencement du repas du soir. Mais, chez quelques personnes, elles causent une sorte d'indigestion, ou bien elles agissent avec une grande rapidité, et donnent des évacuations pendant la nuit, ce qui trouble le sommeil d'nne manière fâcheuse. Lorsque les pilules ont une action trop rapide, il est mieux de les administrer le matin à jeun, ou bien au premier repas du matin. Lorsqu'elles agissent, au contraire, avec lenteur, on les donne au repas du soir, et, si elles troublent la digestion, on les prend au moment du coucher, de telle sorte qu'elles procurent une garde-robe le lendemain matin.

On a vu que j'ai ajouté aux médicaments purgatifs qui entrent dans la composition de ces pilules, de la jusquiame et de l'huile essentielle d'anis. Cette addition, conseillée par beaucoup de praticiens anglais, est, en effet, fort utile : elle empêche les coliques ; et la jusquiame, en tant que solanée vireuse, outre son action stupéfiante, exerce encore une influence analogue à celle de la belladone.

Quelques personnes préfèrent la rhubarbe en poudre, qu'elles prennent en se mettant à table, à la dose de 40, 50, 60 centigrammes et même davantage. Quoi qu'il en soit de l'influence de ces divers agents purgatifs, il importe de n'en faire usage que lorsque les autres moyens sur lesquels j'ai longuement insisté ont

été complétement infructueux. L'usage de ces pilules purgatives a certainement moins de fâcheux effets qu'on ne le croit en général, et l'abus qu'on en fait en Angleterre prouve assez que nous sommes, de ce côté du détroit, trop disposés à en exagérer les inconvénients; mais il n'en est pas moins vrai que la régularité des garde-robes obtenue par l'observance des règles de l'hygiène, par une bonne et convenable alimentation, par l'influence de l'habitude, l'emportera toujours sur celle qui n'est, en définitive, qu'un produit de l'artifice.

Je ne terminerai pas ce que j'ai à dire du traitement de la constipation sans parler d'un petit moyen que j'ai vu conseiller, que j'ai conseillé moi-même avec un succès qui m'a fort étonné, je veux parler de l'application du froid sur l'abdomen. Le matin, en se levant, on recouvre le ventre d'une compresse en plusieurs doubles, imbibée d'eau froide, et séparée des vêtements par une feuille de gutta-percha ou de caoutchouc. Cette compresse est conservée trois ou quatre heures.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur le traitement des fractures non compliquées de la clavicule par la simple écharpe, et avec exercice du bras correspondant, sitôt que l'absence de douleur le permet.

Par M. le docteur Bourgeois (d'Etampes).

Peu de solutions osseuses accidentelles ont autant exercé l'imagination des chirurgiens, relativement aux moyens de déligation, que les fractures de la clavicule. Il me serait facile de faire ici un vain étalage d'érudition à ce sujet; je m'en abstiendrai toutefois, ce point de la question ne pouvant offrir aucun résultat utile. Je ferai seulement remarquer qu'on a presque toujours trop regardé l'homme comme une machine composée exclusivement de parties dures, inflexibles, sur lesquelles on pouvait agir comme s'il n'y avait entre les appareils et les os aucun intermédiaire, lorsqu'il s'est agi de remédier aux ruptures de son squelette ; et, pour ne pas remonter plus haut, je ne citerai ici, à propos de notre sujet, que le fameux appareil de Desault, à peu près le seul usité il y a une trentaine d'années, et qui n'est même pas encore abandonné de nos jours. Que de souffrances inutiles n'a-t-il pas fait endurer aux pauvres patients !

Le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, considérant le membre su-

périeur auquel est attaché le fragment claviculaire externe comme un levier coudé du premier genre, à bras inégaux, dont le membre thoracique était le grand, le petit était constitué par le haut de l'épaule et la clavicule y adhérente, imagina, pour remédier à la forte tendance du fragment externe à croiser l'interne et à se porter au dedans, de faire basculer l'humérus sur une sorte de pivot représenté par son coussin axillaire [1], puis d'agir sur l'extrémité de la longue branche du levier, constituée par la portion cubitale de l'os du bras au moyen de jets de bande qui, appliquant celle-ci le long du tronc, éloigneraient, par conséquent, les fragments de la fracture l'un de l'autre, ou au moins les mettraient dans un rapport convenable de coaptation. Il y a de plus, dans ces cas, une disposition constante à ce que, outre son croisement, le fragment externe se porte en bas. C'est à ce second mode de déplacement que Desault avait opposé les jets de bandes croisant obliquement la poitrine et allant sous le coude du côté malade pour le soulever; et, comme il y a encore un troisième mode de déviation du bout acromial qui se trouve porté un peu en arrière, dans l'appareil dont nous parlons, le coude est non-seulement relevé, mais encore dirigé obliquement sur la paroi antérieure du thorax, de manière à déjeter en sens inverse le moignon de l'épaule.

Telle est l'idée spéculative sur laquelle est basé le bandage qui porte le nom du grand chirurgien de la fin du dix-huitième siècle. Mais examinons ce qui va se passer après son application la plus soignée: dès le soir, les tours de bande sont disjoints, repliés, le membre est desserré; on le raccommode; le lendemain, même altération, et, si vous essayez d'imprimer alors des mouvements à l'épaule, celle-ci joue avec la plus grande facilité, et les fragments, malgré la réduction qui en a été opérée, sont absolument dans les mêmes rapports qu'auparavant. Cependant le bras a été aplati, collé le long du corps, la poitrine ne fonctionne qu'avec souffrance, et chez les femmes à forte gorge, ou chez les asthmatiques, il ne faut pas penser à l'appliquer. Ces accidents augmentent nécessairement à mesure que vous resserrez votre appareil, et bientôt, ainsi que je l'ai dit plus haut, comme on n'a pas agi sur de simples parties osseuses, qu'il a fallu le faire à travers les chairs du bras et de la poitrine, surtout du premier, dont les nerfs et les vaisseaux principaux ont été soumis à une forte pression directe, une douleur plus ou moins vive, un œdème souvent considérable de l'avant-bras et de la main surviennent,

---

[1] Paul d'Egine avait déjà conseillé une pelote de ce nom.

une sorte de paralysie s'empare du membre, un suintement muco-purulent, à odeur putride, parfois très-abondant, tache les pièces de pansement. La peau de la face interne du bras et celle correspondante du thorax sont passées à l'état de muqueuses, elles occasionnent une vive cuisson. Lorsque, au bout de cinq à six semaines, vous enlevez cet appareil, dans lequel, comme je viens de le signaler, l'épaule n'a jamais cessé de jouer très-librement, ce qui n'a rien d'extraordinaire, quand on réfléchit à son mode de fixation au tronc et à ses nombreuses parties molles ; quand donc on débarrasse les parties malades, on trouve un membre atrophié, aplati, sans chaleur, à demi paralysé et incapable, pendant bien longtemps et même toujours, chez certains sujets, les vieillards particulièrement, de rendre les services qu'on en doit attendre.

En compensation des accidents et des graves inconvénients que je viens de signaler et que nous avons tous pu reconnaître, a-t-on du moins le petit avantage d'une guérison exempte de difformité, ce qui peut avoir une certaine importance, chez la femme notamment? Pas le moins du monde, et je puis affirmer que depuis trente-cinq ans que je suis à même d'observer le fait, soit en ville, soit dans les hôpitaux, je n'ai jamais pu constater sous ce rapport la moindre différence, quel qu'ait été le mode de déligation employé.

Il a sans doute fallu bien du temps pour nous désillusionner sur les résultats de l'appareil de Desault et pour que ses graves défauts sautassent aux yeux de tous ; mais enfin on les a reconnus, et depuis déjà longtemps on l'a, sinon abandonné tout à fait, au moins notablement simplifié ; beaucoup même se contentent du mouchoir de Mayor ou de l'écharpe. Je ne viens donc pas revendiquer ici l'application de cette simple suspension, d'autres l'avaient mise en usage avant moi, quoique je m'en contente depuis de bien longues années ; ce que je viens présenter ici comme une innovation est l'exercice que je fais faire au membre, sitôt qu'il n'est plus arrêté par un vif sentiment douloureux dans le lieu de la fracture, de manière qu'au bout de trois semaines au plus, les blessés (je veux parler des adultes) peuvent reprendre la plupart de leurs travaux et même tous, lorsque ceux-ci ne sont pas par trop pénibles. Je pense que cette modification du traitement d'un accident aussi commun et qui entraînait autrefois de longs mois d'incapacité de travail aux artisans qui y sont plus exposés que qui que ce soit, est loin d'être à dédaigner et peut mériter toute l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

On pourrait peut-être croire que la consolidation se trouve entra-

vée par cette action précoce; l'observation ne confirme pas cette vue de l'esprit, et peut-être même qu'un certain mouvement, restreint, bien entendu, par la production de la douleur, qui est la sentinelle de l'organisation, active ces phénomènes de nutrition réparatrice qui se passent entre les bouts de l'os divisé.

Avant d'aller plus loin, je veux appeler l'attention sur un fait de physiologie pathologique qui m'a surtout guidé dans mes pansements de fracture, et plus particulièrement dans celle qui nous occupe. Mon observation a été, il est vrai, faite sur des animaux; mais si l'homme en diffère tant, sous le rapport intellectuel et moral, sous celui de son organisation matérielle, il s'en rapproche singulièrement, surtout de ceux qui occupent une place élevée dans l'échelle des êtres et où la vie normale et anormale se passe, à bien peu de chose près, de la même manière.

Si donc on examine ce qui a lieu chez les bêtes attachées à notre domesticité lorsqu'elles sont atteintes de fracture, on est frappé de la rapidité avec laquelle la guérison survient, et cela sans difformité relative considérable, encore bien que la partie rompue soit d'une utilité indispensable à l'animal et qu'il s'en serve ou pour supporter son corps ou pour s'élever dans l'air, comme les oiseaux. Durant les premiers jours l'animal ne se sert pas de son membre, il se couche ou marche avec ceux qui ne sont pas blessés, mais bientôt il l'appuie un peu sur le sol, l'utilise de plus en plus et ne tarde pas enfin à lui rendre son office complet. L'examen de la partie rompue, après deux ou trois mois, ne fait reconnaître aucune difformité bien sensible, à moins qu'il n'y ait eu attrition, et la claudication est nulle.

Sous le rapport de la guérison spontanée, dans l'espèce humaine, d'un os long, du fémur lui-même, cassé dans son milieu, je crois devoir ici rapporter un cas qui sans doute paraîtra d'un grand intérêt, car je puis en garantir toute l'authenticité, l'ayant moi-même observé.

En 1834, j'étais alors chirurgien de notre hôpital; comme il arrive souvent, chacun de nous le sait, j'avais une *veine* de six fractures de cuisse. Contrarié depuis longtemps de voir, malgré tous mes soins, la guérison ne se faire qu'avec une incurvation plus ou moins prononcée du membre, à convexité antéro-externe, je m'efforçais de porter la cuisse dans une forte abduction, ce qui, je dois le dire, ne modifiait pas sensiblement le résultat. Pendant ce temps m'arrive un septième fracturé, c'était un enfant de neuf ans, petit garçon d'une constitution moyenne et un peu pâle, atteint depuis vingt jours

d'une cassure simple du milieu de la diaphyse fémorale. Cet enfant, habitant la commune de Boissy-sous-Saint-Yon, appartenait à des parents très-pauvres, qui, malgré sou accident, l'avaient laissé absolument seul pendant qu'ils allaient faire une assez longue tournée pour mendier. Pas le moindre soin ne fut donné, pas le plus petit appareil ne fut appliqué, et, pour satisfaire à ses besoins, il fut constamment obligé de se traîner sur son derrière. Néanmoins, la consolidation presque complète s'était faite avec aussi peu de difformité que chez un autre jeune garçon à peu près du même âge, son voisin de lit, pour lequel j'avais employé tous mes soins. Dans ce cas on ne pouvait, du reste, douter qu'il n'y eût eu fracture complète de l'os, d'après le dire du blessé, l'incurvation de la cuisse, la saillie du cal et la légère mobilité des fragments.

La tendance au retour des formes normales, qui existe non-seulement pour les os, mais aussi pour les parties molles, a été surtout signalée, pour les premiers, par Boyer, à propos de la nécrose des os longs, et par M. Flourens, comme conséquence de ses belles expériences sur le système osseux.

Depuis la considération des faits que je viens d'énoncer, j'ai donc beaucoup moins craint d'abandonner aux seuls efforts de la nature certaines réparations osseuses dans lesquelles le chirurgien n'a de prise que sur un des fragments. Néanmoins, malgré le fait de l'enfant que je viens d'exposer tout à l'heure, je me garderais bien de ce *laisser faire* dans les fractures des membres, quand on peut saisir et maintenir les extrémités de l'os. J'ai donc depuis longtemps employé la simple écharpe dans celles de la clavicule, et comme j'ai de plus observé qu'alors les mouvements du bras avaient lieu sans inconvénients marqués, quand ils n'étaient pas douloureux surtout, j'ai conseillé, dans ces cas, aux malades d'y avoir recours aussitôt que possible, et j'en ai retiré pour eux beaucoup d'avantage et de profit.

Quand donc j'ai affaire à une fracture claviculaire sans complication, je place le membre dans une écharpe étendue du coude au poignet, la main pouvant toujours agir. Les premiers jours, les mouvements sont à peu près impossibles dans le bras; mais au bout d'une semaine, on peut déjà en exécuter quelques-uns; une douzaine de jours après l'accident, le blessé peut retirer de temps en temps son bras de l'espèce de suspensoir qui le maintient, l'appuyer sur sa main saine, sur une table, écrire ou faire des choses qui ne nécessitent aucun effort; il doit s'arrêter sitôt que la douleur se fait sentir tant soit peu dans le point fracturé. La troisième se-

maine passée, si sa profession n'est pas pénible, il pourra reprendre une partie de ses occupations, et il faut que ses travaux soient très-durs pour qu'il ne puisse pas s'y livrer entièrement à la fin du mois ou de la cinquième semaine. Le bras alors n'a subi aucune diminution de volume appréciable et a conservé presque toute sa force.

On concevra, du reste, que la constitution du sujet doit avoir une influence plus ou moins marquée sur la promptitude du rétablissement, et que, s'il s'est agi de la clavicule gauche, l'incapacité de travail sera encore moins longue, à moins que l'individu ne soit gaucher. L'enfant est aussi plus vite rétabli que l'adulte. Pendant ce traitement, comme lorsqu'on soumet le blessé à un repos complet, les phénomènes de réparation marchent : l'ecchymose s'étend au loin, suit les changements de couleur que chacun connaît; un empâtement ferme ne tarde pas à emboîter les extrémités de l'os divisé; c'est, comme on le sait aussi, le cal provisoire qui s'établit; il ne s'efface que longtemps après et seulement lorsque a lieu la vraie soudure des surfaces divisées. Je le répète, tous ces faits de nutrition reconstituante se passent certainement aussi vite et même, je crois, plus vite que dans la manière de faire du plus grand nombre d'entre nous. Quant à la difformité, nulle chez l'enfant après un an ou deux, elle ne m'a jamais semblé plus ou moins marquée qu'à la suite de l'emploi d'une méthode quelconque de traitement, car elles ont toutes ce résultat, quant aux fragments, qu'aucune n'en empêche la mobilité.

Je joindrai ici l'histoire de quelques malades que j'ai soignés d'après les principes que je viens d'exposer; j'aurais certainement pu en augmenter le nombre, mais les faits se passant presque tous mathémathiquement de la même manière, je n'ai pas cru devoir allonger ainsi cette note au delà de limites convenables.

Obs. I. En 1845, le nommé Chedeville, domestique, âgé de trente-deux ans, de bonne constitution, se casse la clavicule droite en tombant d'une voiture, sur le moignon de l'épaule. La lésion occupe le milieu de l'os, dont le fragment interne se porte en avant, en soulevant la peau par sa pointe. Douleur assez vive, infiltration sanguine notable. Pansement : *simple écharpe, compresses d'eau-de-vie camphrée* (1) *sur le lieu malade. Promenades dès le premier jour. Alimentation suivant le besoin.*

---

(1) J'ai l'habitude de faire couvrir la partie lésée de compresses d'eau-de-vie camphrée, qui, si elles n'ont pas une grande action, satisfont au moins le malade, à qui cet appareil paraît souvent bien simple et même insuffisant, en raison des préjugés qui existent dans le monde sur le traitement des cassures d'os.

Les premiers jours, les mouvements sont douloureux, et une assez grande tuméfaction ecchymotique se montre. Après environ une semaine, et d'après mon conseil, il exécute quelques légers mouvements, en s'arrêtant dès que l'ébranlemeut des fragments osseux est pénible. Au bout d'une quinzaine de jours, il retire souvent son bras de l'écharpe, commence à s'en servir pour de légers offices, pour s'habiller. A la fin de la troisième semaine, le membre a déjà repris beaucoup de force, et la souffrance n'existe plus; il le repose bien moins souvent dans le mouchoir. Enfin, vers le trentième jour, il reprend son service; malgré cela, je lui recommande encore quelques précautions.

Aujourd'hui, après quinze années, la difformité est à peine sensible, et il est même rare d'en observer de si peu marquée chez l'adulte.

Obs. II. Le nommé Roty, trente-cinq ans, jardinier, tombe d'une échelle et se casse la clavicule droite au même point que chez le précédent blessé. Je le vois peu de temps après, et je constate tous les signes et symptômes habituels de cette sorte de lésion. Même pansement que dans le premier cas. Dix-huit jours après son accident, il taillait ses arbres avec facilité, et il ne tarda pas à reprendre ses autres travaux. Il y a cinq ans que cette fracture a eu lieu, et il existe peu de difformité aujourd'hui.

Obs. III. — La femme Giraut, de la commune d'Ormoy-la-Rivière, vingt-huit ans, forte, bien constituée, enlevant du bras droit une grande chaudière pleine d'eau de dessus son foyer et étendant fortement le bras gauche, à peu près parallèlement à l'axe du tronc penché du côté de l'effort, afin de faire une sorte de contre-poids, sentit tout à coup, dans la clavicule gauche, un craquement sec, accompagné d'une vive souffrance, qui la force d'abandonner sa chaudière. Le bras du côté malade tombe presque immobile, et cette jeune femme ne peut plus élever la main au niveau de la tête. Trois heures après, elle vient me trouver, et je constate, sans la moindre difficulté, une fracture de la clavicule gauche dans son milieu, avec saillie sous la peau du fragment interne terminé en pointe aiguë. Peu ou point encore de tuméfaction.

C'est là un exemple fort rare d'une fracture par cause musculaire. Ici le mécanisme de la rupture a dû se faire de cette manière. L'humérus, fixé d'une manière assez solide par les pectoraux et le grand dorsal d'une part, et le deltoïde de l'autre, les faisceaux musculaires, qui vont de la partie moyenne de la clavicule s'insérer en dedans de l'humérus, agissant convulsivement, ont fléchi celle-ci sur le plan osseux convexe, constitué par la face externe des deux premières côtes, et la flexion osseuse s'exagérant de plus en plus, la clavicule a dû se rompre de haut en bas, à la manière d'un morceau de bois qu'on casse sur le genou, par exemple.

Quoi qu'il en soit de ce mécanisme, sous l'influence d'un pansement identique, les faits se passèrent absolument comme dans les deux premières observations, et la jeune femme blessée put, au bout de trois semaines, conservant toujours son écharpe et évitant

de trop forts mouvements, reprendre son train de vie et ses habitudes de culture.

Sept à huit années se sont écoulées depuis, et il faut chercher avec quelque attention le point où la fracture a eu lieu pour la reconnaître.

Obs. IV. — Il y a trois ans, un jeune homme de la Beauce, charretier dans une ferme, tombe d'une voiture qu'il conduisait ici et se casse la clavicule gauche. Il vient me voir peu de temps après, et je constate que l'os est éclaté un peu en dehors de la partie moyenne. Il n'y a pas encore d'ecchymose, et les fragments sont sensiblement croisés. Le bras est passé dans une écharpe, et je lui conseille, à son grand étonnement, de simples compresses résolutives sur le lieu malade, en lui recommandant de revenir me voir dans quinze jours, et d'ici là, de ne faire que de légers mouvements qu'il devrait arrêter quand l'épaule le ferait souffrir. A ma seconde visite, l'infiltration sanguine s'étend au loin, l'empâtement du cal provisoire a commencé, et il peut déjà s'aider de son bras pour s'habiller.

Troisième visite au bout d'un mois. Le cal est plus dur, assez volumineux; les mouvements, bien plus étendus, plus puissants, n'occasionnent de douleur que quand ils sont portés très-loin. Il va bientôt reprendre sa place. Par hasard, je l'ai rencontré depuis peu; m'ayant reconnu, il m'a parlé et j'ai pu examiner sa fracture, qui n'a laissé qu'une très-faible difformité. Jamais depuis il n'y a ressenti de douleur et en très-peu de temps le bras avait repris toute sa force.

Chez les enfants, la douleur empêche la turbulence, retient les mouvements trop étendus, et la consolidation d'ailleurs est très-rapide. Chez eux, il ne reste pas ordinairement de traces de l'accident quand ils ont grandi. Il est bon cependant, dans ces cas, de placer l'écharpe et le bras du côté malade sous les vêtements, durant douze à quinze jours, afin d'éviter les résultats de l'agitation.

Les avantages du mode de traitement des fractures claviculaires, que je viens d'exposer, sont, en résumé :

1° De n'occasionner aucune gêne dans la respiration par la compression du thorax, si pénible chez certaines personnes.

2° D'éviter l'atrophie, la demi-paralysie et la douleur dans le bras correspondant, ordinairement maintenu plus ou moins emprisonné pendant cinq à six semaines par presque tous les bandages en usage.

3° De pouvoir se servir du membre de très-bonne heure, sans le moindre inconvénient, lorsqu'on a égard aux recommandations sus-indiquées.

4° Enfin, de hâter le moment de la soudure des bouts osseux, en conservant au blessé ses habitudes presque entières, n'entravant

ainsi aucunement les fonctions digestives et nutritives, et peut-être aussi par la légère excitation locale que déterminent les mouvements précoces de l'extrémité thoracique.

Tout cela, du reste, sans la moindre augmentation de difformité.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Des iodure et oxydo-iodure d'antimoine et de l'action pharmaco-dynamique de ces agents thérapeutiques nouveaux.

Lu à la Société des Sciences médicales de Bruxelles, par le docteur VAN DEN CORPUT, chef de service (médecine) à l'hôpital Saint-Pierre.

Depuis plus d'une année j'expérimente dans ma pratique médicale les différents composés que forme l'iode avec l'antimoine; l'oxyiodure, ou iodhydrate basique d'antimoine en particulier, m'a donné des résultats si remarquables, que je n'hésite point à le considérer comme l'une des préparations antimoniales les plus actives. Mais, si jusqu'à ce jour je n'ai point entrenu la presse scientifique des produits précieux qui résultent de la combinaison de deux agents énergiques dont les propriétés, si souvent réclamées simultanément, m'avaient depuis longtemps suggéré la pensée, c'est que, à mon sens, avant de prononcer sur l'action d'un médicament, l'expérimentation pharmaco-dynamique doit porter sur un nombre considérable de cas nosologiques pris dans des conditions très-variées d'âge, de sexe et de tempérament. Je me bornerai donc, dans cet article, à esquisser brièvement les principales propriétés pharmaco-dynamiques que j'ai reconnues aux combinaisons iodostibiées, me réservant d'exposer par la suite, dans un travail spécial et plus étendu, les résultats détaillés de mes observations cliniques.

Préparation et propriétés chimiques des sels iodostibiés. — Iodure d'antimoine. — L'iodure d'antimoine Sb^2I^3 s'obtient en chauffant avec précaution dans un matras de verre 1 éq. d'antimoine métallique pulvérisé, avec 3 éq. d'iode. Le mélange s'échauffe bientôt fortement, sous l'influence de la combinaison qui s'opère, et ne tarde pas à fuser sous forme d'un liquide visqueux d'un brun rouge foncé, qui est l'iodure d'antimoine.

Par le refroidissement, la combinaison se solidifie en une masse à cassure métallique, qui prend à l'air une couleur rouge grenat et fournit une poudre rouge-brique.

Lorsque l'on continue à chauffer à une température plus élevée,

l'iodure d'antimoine se volatilise sans se décomposer et va se condenser sur le col du matras en fines paillettes brillantes et translucides.

La combinaison de l'iode avec l'antimoine peut s'opérer d'une manière directe et sans le secours de la chaleur, par le simple broiement de quantités équivalentes de ces métalloïdes dans un mortier d'agate ou de porcelaine.

La réaction s'opère avec dégagement de chaleur et peut aller même jusqu'à déterminer une explosion, lorsque l'on agit sur une trop grande masse à la fois; aussi convient-il de n'ajouter que peu à peu l'antimoine métallique à l'iode. L'iodure d'antimoine, mis en contact avec l'eau, se décompose à la manière du chlorure, en iodide hydrique soluble et en un précipité pulvérulent, jaune, formé d'hydrate d'oxyde et d'iodure d'antimoine, correspondant à la poudre d'Algaroth. L'alcool le décompose également, en lui enlevant de l'iode.

L'iodure d'antimoine peut se combiner avec le sulfure de la même base. Ce composé se produit lorsque l'on soumet à la distillation dans un matras un mélange de parties égales de sulfure d'antimoine et d'iode. Les vapeurs qui se dégagent exhalent une odeur désagréable et pénétrante, et se condensent en paillettes rouges brillantes dans la portion la plus froide du matras. En présence de l'eau, le sulfo-iodure d'antimoine se décompose en iodide hydrique et en oxysulfure d'antimoine.

Oxyiodure d'antimoine. — L'oxydo-iodure ou iodhydrate basique d'antimoine est la seule forme chimique sous laquelle la combinaison de l'iode avec l'antimoine puisse être convenablement administrée à l'intérieur, puisque, par le contact avec les liquides du tube digestif comme avec l'eau, l'iodure antimonieux se décompose en oxyiodure d'antimoine hydraté insoluble et en iodide hydrique.

On peut, par conséquent, obtenir l'oxyiodure d'antimoine en broyant avec l'eau l'iodure antimonieux, qui se dédouble en acide iodhydrique et en oxydoiodure d'une éclatante couleur jaune; mais il est préférable de préparer ce produit en ajoutant à une solution d'iodure potassique une solution acide de chlorure antimonieux. Il se produit immédiatement un précipité d'un beau jaune citrin qui, après quelques minutes, vire au jaune orangé. Lorsque la décomposition est complète, le précipité est recueilli sur un filtre, puis lavé et séché. L'oxydo-iodure d'antimoine ainsi obtenu est pulvérulent, inodore, insipide, d'une riche couleur jaune-aurore.

La plupart des acides le décomposent; l'acide chlorhydrique le

dissout en mettant l'iode en liberté; les alcalis caustiques l'altèrent également en se combinant avec l'iode. Exposé à la chaleur, il se dédouble en acide antimonieux et en iodure d'antimoine, qui se volatilise.

Mode d'action et propriétés thérapeutiques des préparations iodostibiées. — Il résulte de mes expériences que l'iodure d'antimoine ne s'approprie guère qu'aux applications externes, comme révulsif. Les propriétés irritantes de ce sel le rapprochent, au point de vue pharmaco-dynamique, du tartre stibié, dont il produit les principaux effets, tandis que l'oxydo-iodure, correspondant au kermès par sa composition, exerce, pris à l'intérieur, une action analogue à celle de cette dernière combinaison préparée par la voie humide, tout en produisant des effets résolutifs spéciaux beaucoup plus puissants. — On pourrait l'appeler le kermès iodé.

L'oxydoiodure est un agent médicamenteux d'une grande puissance. Il agit à la fois comme expectorant et comme altérant énergique.

Suspendu dans un véhicule mucilagineux, à la dose de 5 à 25 centigrammes, il provoque fréquemment, aux premières cuillerées, des nausées et parfois des vomissements; d'autres fois il détermine des selles fréquentes et copieuses; et ces effets évacuants ont lieu surtout, comme pour les autres antimoniaux, lorsque le malade n'est pas astreint à une diète rigoureuse. On les modère d'ailleurs facilement par l'adjonction des opiacés ou de quelque autre agent narcotique susceptible d'émousser la susceptibilité gastrique.

La tolérance paraît, du reste, comme pour le tartre stibié, s'établir plus promptement par des doses relativement élevées de 20 à 50 et même 70 centigrammes en vingt-quatre heures, en émulsion dans un julep de 150 grammes.

En général, à ces doses, le médicament excite d'abord une forte diaphorèse, laquelle bientôt est suivie d'un ralentissement et d'une dépression considérable du pouls. Le nombre des inspirations diminue de fréquence, et ces effets sont accompagnés d'un affaissement musculaire profond.

C'est à cause des transpirations profuses qu'il détermine et de la grande hyposthénisation qu'il entraîne, que je regarde ce médicament comme rarement utile dans la tuberculose pulmonaire confirmée.

Aussi, d'après les observations que j'ai rassemblées jusqu'à ce jour, touchant cet agent énergique, m'a-t-il constamment mieux

servi dans les pneumonies et les bronchites aiguës, que dans la phthisie pulmonaire, où il m'a paru hâter chez quelques malades la fonte des tubercules et la colliquation générale.

Mais son application vraiment décisive se présente dans les inflammations du parenchyme des poumons et surtout dans le second degré des pleuropneumonies. Dans le catarrhe suffocant, j'ai trouvé son action également supérieure à celle des autres antimoniaux. Il amène dans ces cas, et souvent avec une rapidité merveilleuse, la liquéfaction et la résolution des exsudats inflammatoires qui asphyxient les vésicules pulmonaires, et rétablit avec une remarquable promptitude la perméabilité des ramuscules bronchiques.

L'oxydo-iodure d'antimoine rend encore de signalés services dans le traitement des bronchites sub-aiguës et de l'œdème pulmonaire. On peut également tirer un utile parti de ses propriétés altérantes et diaphorétiques dans le traitement des affections rhumatismales aiguës, ainsi que dans certaines maladies inflammatoires du cœur, organe sur lequel ce médicament agit à la fois par l'intermédiaire direct du sang et par l'action dépressive qu'il exerce sur le système nerveux.

Quant à l'iodure d'antimoine, son emploi doit, ainsi que je l'ai dit, se borner à l'extérieur, par la raison que son action locale est essentiellement irritante et cathérétique.

Appliqué sur la peau, sous forme d'emplâtre ou en pommade, l'iodure d'antimoine y produit une révulsion énergique, en déterminant à la surface cutanée une éruption pustuleuse semblable à celle que produit le tartre stibié. Mais il a sur ce dernier l'avantage que, indépendamment de son action locale dérivative, il agit encore d'une manière *générale* sur l'organisme, en cédant une partie de l'iode, qui est alors directement absorbé ou qui, vaporisé par la chaleur du corps, entretient autour du malade une atmosphère iodée dont les effets sont d'autant plus actifs que, l'emplâtre étant généralement placé au-devant de la poitrine, il en résulte de véritables inhalations iodiques.

Telles sont les données principales que me permettent d'établir mes expériences relatives aux préparations iodostibiées. Quelque succinct que soit ce résumé, par lequel j'ai voulu prendre possession de priorité, il suffira, j'ose l'espérer, pour établir les droits que je crois avoir à l'introduction des préparations iodo-antimoniées dans la thérapeutique et pour engager mes confrères à faire l'essai de ces nouveaux médicaments, dans lesquels ils trouveront des agents aussi actifs qu'utiles.

C'est afin de leur en faciliter l'application que je joins à ce travail quelques exemples des différentes formes médicamenteuses sous lesquelles j'ai prescrit les préparations iodostibiées.

MODES D'ADMINISTRATION ET FORMULES.

Mucilage contro-stimulant.

R. Mucilage de gomme arabique..... 120 grammes.
Oxyiodure d'antimoine............ 0,15 à 0,50 centigrammes.
Sirop de digitale................ 30 grammes.

F. S. A. Une potion que l'on prendra par cuillerées à soupe, d'heure en heure, dans les cas de pleuropneumonies, de bronchites aiguës, d'endo-péricardites.

Looch à l'oxydo-iodure d'antimoine.

R. Looch blanc.................... 140 grammes.
Oxyiodure d'antimoine............ 0,15 à 0,50 centigrammes.
Eau de laurier-cerise............ 10 grammes.

F. S. A. Une potion que l'on prendra par cuillerées à soupe, de deux en deux heures, dans les cas de bronchites capillaires, de broncho-pneumonies.

Pastilles à l'oxydo-iodure d'antimoine.

R. Oxydo-iodure d'antimoine........ 0,10 centigrammes.
Acétate de morphine............. 0,005 milligrammes.
Teinture de Tolu............... 4 gouttes.
Sucre blanc pulvérisé............ q. s.
Faites, avec suffisante quantité de mucilage de gomme arabique, 15 tablettes.

Dose : deux à quatre par jour dans les bronchites chroniques et les broncho-pneumonies.

Pilules expectorantes d'oxydo-iodure d'antimoine.

R. Oxyiodure d'antimoine........... 0,05 centigrammes.
Extrait de scille................ 0,05 centigrammes.
Gomme ammoniaque............ 0,05 centigrammes.
F. S. A. 12 pilules.

Dose : deux à six par jour dans l'œdème pulmonaire, les broncho-pneumonies chroniques.

Poudres d'oxydo-iodure d'antimoine.

R. Oxyiodure d'antimoine.......... 0,10 centigrammes.
Poudre d'ipécacuanha composée... 0,20 centigrammes.
Sucre en poudre................ q. v.
A diviser en 8 paquets.

Dose : deux à quatre par jour, dans une hostie, dans les cas d'arthrites rhumastismales aiguës.

Electuaire expectorant.

R.	Miel de Narbonne...............	100 grammes.
	Oxyiodure d'antimoine...........	0,30 à 0,60 centigrammes.
	Vin d'ipécacuanha...............	2 à 4 grammes.

F. S. A. Un électuaire à prendre par cuillerées à café d'heure en heure, dans les cas d'œdème pulmonaire, bronchites, etc.

Pommade révulsive.

R.	Iodure d'antimoine..............	4 à 5 grammes.
	Axonge.........................	20 grammes.
	Huile ess. d'amandes amères......	0,50 centigrammes.

F. S. A. Pommade. En frictions, comme révulsif, pour déterminer une éruption pustuleuse.

Emplâtre d'iodure d'antimoine.

R.	Emplâtre de poix de Bourgogne de.	15 à 20 centimètres.
	Saupoudré avec iodure d'antimoine.	1 gramme.

En application sur la région sternale dans les adéno-bronchites tuberculeuses.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur un procédé très-simple pour abaisser la cloison vésico-vaginale et faciliter l'avivement dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

L'indication d'abaisser la cloison vésico-vaginale, de façon à l'amener à la portée de la vue et des instruments destinés à pratiquer l'avivement des bords de la fistule, a été reconnue par tous les chirurgiens qui ont eu à exécuter des opérations de ce genre.

Parmi ceux qui se sont occupés de ces difficultés, nul ne les a mieux comprises que MM. Jobert (de Lamballe) et Hayward (de Boston). Les moyens auxquels se sont arrêtés ces chirurgiens distingués consistent dans l'introduction d'un cathéter solide dans l'urètre, destiné à repousser en bas les bords de la fistule et à permettre à l'opérateur de pratiquer l'avivement avant d'appliquer les fils de suture.

Ce moyen, tout utile qu'il est, n'atteint qu'en partie le but désiré. En effet, s'il offre à l'opérateur un point d'appui solide pour les manœuvres de l'avivement, il ne lui permet pas d'abaisser suffisamment la cloison pour agir avec facilité. D'un autre côté, il n'est

pas aisé de maintenir la sonde en place, et de la faire saillir en bas, quand on opère dans le décubitus ventral ou dans le décubitus latéral ; or, tout le monde le sait, ces deux positions (le décubitus ventral surtout), sont aujourd'hui préférées par presque tous les chirurgiens, comme plus commodes et mettant plus en évidence les surfaces à opérer.

Ayant eu à lutter contre les difficultés qui viennent d'être signalées dans le cas que nous allons faire connaître, nous avons cherché à les surmonter en utilisant la fistule elle-même pour obtenir l'abaissement de la cloison, et en traversant cet orifice à l'aide d'un lacs fixé autour d'une grosse sonde en gomme élastique introduite dans l'urètre et la vessie. La facilité avec laquelle l'avivement a pu être opéré au moyen de cette manœuvre fort simple, quoique la fistule fût situéc à une grande hauteur et que son orifice se trouvât caché au fond d'un repli formé par la paroi supérieure du vagin, nous fait espérer que ce procédé est appelé à rendre quelques services dans les cas analogues ; c'est-à-dire dans ceux, toujours fort embarrassants pour le chirurgien, où il est entièrement impossible, ou du moins fort difficile, de mettre à découvert les lèvres de la fistule pour en pratiquer l'avivement.

L'observation suivante, tout en montrant en quoi consiste ce procédé, permettra en même temps d'en apprécier les résultats.

Obs. Mme R..., âgée de trente-sept ans, de Rians (Var), fortement constituée, replète, de petite taille, vient nous consulter, dans le courant d'octobre 1861, pour une fistule vésico-vaginale dont elle est atteinte depuis environ un an.

Cette dame a eu déjà cinq grossesses, qui se sont toutes terminées facilement et sans accidents. Son sixième accouchement a eu lieu le 28 octobre 1860, après quatorze heures de travail ; la tête est restée engagée pendant dix heures dans l'excavation. L'accouchement néanmoins s'est terminé par les seules forces de la nature, à la suite de l'administration du seigle ergoté. L'enfant était mort au moment de la naissance ; il présentait une tête très-volumineuse, et avait, au dire de la sage-femme, cinq ou six tours de cordon autour du cou.

Les premiers jours qui suivirent la délivrance, tout se passa comme à l'ordinaire. Mais du cinquième au sixième jour, Mme R... s'aperçoit que ses urines s'écoulent involontairement par le vagin.

Depuis cette époque, la malade n'a plus pu les retenir ; elle est constamment mouillée ; rien ne s'écoule par l'urètre ; la muqueuse vaginale est rouge et excoriée dans quelques points, ainsi que les grandes et les petites lèvres, la partie interne et supérieure des cuisses.

L'examen au spéculum fait reconnaître sur la paroi antérieure du vagin, à 5 centimètres de l'orifice vulvaire, à 15 millimètres du col

utérin, une solution de continuité dans laquelle on engage facilement l'extrémité de l'indicateur, et dont le diamètre paraît offrir de 15 à 18 millimètres. Sa forme est, à peu de chose près, circulaire, un peu plus étendue, toutefois, transversalement que d'avant en arrière. L'orifice de cette fistule est très-difficile à apercevoir, quelle que soit la position dans laquelle on examine la malade, et malgré la précaution d'introduire préalablement une sonde dans la vessie et d'en abaisser fortement l'extrémité postérieure. Cette circonstance est due au siége très-élevé de la fistule et surtout à un froncement de la paroi supérieure du vagin, qui forme comme une espèce d'opercule en avant de la solution de continuité et en masque complétement l'orifice. L'examen avec le spéculum en gouttière de Bozeman, la malade étant placée sur les coudes et les genoux, le froncement vaginal étant déprimé avec une spatule et un cathéter solide introduit dans la vessie pour repousser en bas la cloison, ne permet même pas d'apercevoir distinctement les limites de la fistule.

Dans ces circonstances, l'avivement par les procédés ordinaires nous paraît absolument impossible. Or, sans un avivement très-exact et suffisamment étendu, permettant l'affrontement par une large surface, comment espérer la guérison?

Après plusieurs tentatives d'essai sur la malade et sur le cadavre, nous nous arrêtons au procédé suivant que nous mettons en pratique, le 31 octobre 1861, en présence de nos honorables confrères, MM. Goyrand, Gouyet et Castellan.

Premier temps. — Une sonde de Belloc est portée dans l'urètre jusqu'à la fistule dans laquelle elle s'engage, de manière à venir ressortir par l'orifice vaginal. Un lacs, sous forme de ruban, long de 40 centimètres, large de 1 centimètre, solide et résistant, est fixé à l'œil de la sonde de Belloc. La sonde est alors ramenée dans l'urètre et entraîne après elle le ruban de fil, qui se trouve ainsi du même coup placé, comme à cheval, entre l'urètre et le vagin. La portion du lacs qui sort par le méat est attachée solidement à une sonde en gomme élastique, de 7 millimètres de diamètre; celle-ci est ensuite portée dans la vessie et enfoncée à quelques centimètres au delà de la fistule, jusqu'à ce que le lacs soit arrivé en face de cette dernière. Une simple traction opérée sur l'anse qui pend dans le vagin permet d'abaisser à volonté la cloison vésico-vaginale et met parfaitement à découvert les bords et l'orifice de la fistule.

Deuxième temps.— La malade, qui avait été placée jusque-là dans le décubitus dorsal, est mise maintenant sur les coudes et les genoux. Le spéculum de Bozeman est introduit dans le vagin; le lacs est confié à un aide qui l'attire doucement en bas jusqu'à ce que nous apercevions distinctement le pourtour de la fistule. L'avivement est alors opéré à la manière ordinaire dans la méthode américaine, c'est-à-dire en nous servant alternativement du bistouri fin porté sur un long manche et des ciseaux coudés de M. Bozeman. Ce temps de l'opération, jusqu'ici le plus long et le plus malaisé, qui, dans les observations de MM. Bozeman et Follin, n'a pas duré moins de deux heures un quart, a été effectué chez notre malade dans l'espace de quarante-trois minutes, y compris le temps employé à l'introduction

des sondes et du spéculum, à la fixation des lacs et au changement de position de la malade. Il a été de plus grandement facilité par la présence de la sonde au-dessus et en arrière de la fistule, qui offrait un point d'appui solide aux instruments, tendait la cloison vésico-vaginale, et mettait parfaitement à découvert les surfaces à aviver.

L'avivement a porté sur la surface vaginale seule, dans l'étendue de 1 centimètre au pourtour de la fistule. Pour l'exécuter, nous avons mis à profit le conseil qu'avait bien voulu nous donner, quelque temps auparavant, M. Verneuil, et consistant à circonscrire tout d'abord avec la pointe du bistouri les surfaces à exciser. Les trois quarts postérieurs de la circonférence de la fistule ont été ainsi avivés en très-peu de temps. Mais il restait encore la commissure antérieure, masquée par le lacs et cachée en outre par le froncement du vagin dont il a été question plus haut. Après plusieurs tentatives infructueuses pour mettre cette partie à découvert, nous nous sommes décidés, sur le conseil de M. Goyrand, à ramener la sonde de la vessie dans la fistule et à en attirer une portion à l'extérieur. Cette seconde manœuvre a permis de circonscrire et d'aviver très-facilement la commissure antérieure qui n'avait pas pu l'être jusque-là, la sonde ramenée à l'extérieur du vagin ayant pour résultat de tendre et d'abaisser en même temps la lèvre antérieure de la fistule.

Troisième temps. — Avant d'appliquer la suture, la malade a pris un peu de repos, nécessité par la position gênante qu'elle venait de garder et par un suintement sanguin assez abondant qui eût rendu l'application des fils impossible. L'écoulement de sang ayant duré plus longtemps que nous ne l'avions supposé, l'opération n'a pu être reprise qu'au bout d'une heure et demie.

Six fils d'argent ont été placés successivement d'arrière en avant, à 1/2 centimètre environ de distance les uns des autres, et ont permis un rapprochement très-exact des lèvres de la plaie. Chacune de ces six anses métalliques a été ensuite rapprochée et introduite dans les trous correspondants de la plaque de plomb. Un grain de plomb perforé et un tube de Galli (nous n'avions pas un nombre suffisant de tubes de Galli) ont été superposés et comprimés l'un et l'autre avec le davier, afin d'assurer plus exactement le maintien de la suture; le grain de plomb était placé à la partie supérieure et en contact immédiat avec la plaque de plomb. — Ce troisième temps a duré une heure dix minutes.

Les suites de l'opération qui vient d'être décrite ont été aussi simples que possible. Dès le lendemain, la malade a pris plusieurs potages, et le surlendemain une aile de volaille. Grâce à l'administration de l'opium et à la précaution d'évacuer l'intestin la veille et le matin même de l'opération, le besoin d'aller à la selle ne s'est fait sentir que le neuvième jour. D'un autre côté, des boissons alcalines (eau de Vichy, bi-carbonate de soude dans la tisane) ont été administrées largement les premiers jours, et ont eu pour résultat de rendre les urines moins acides et moins irritantes.

Le 10 novembre, onzième jour de l'opération, les fils d'argent ont été coupés au moyen des ciseaux, au ras de la plaque de plomb, entre celle-ci et la surface hémisphérique qu'offrait le grain de

plomb perforé, ce qui a rendu cette section très-facile. La plaque a été ensuite enlevée. Mais, afin de ne pas tirailler les bords de la plaie et de ne pas nuire à la réunion qui paraît complète, nous avons laissé en place la portion de l'anse métallique qui traversait les deux lèvres de la surface vaginale de la fistule, aucun des six fils n'ayant coupé les tissus qu'il embrassait.

Le 12, la malade s'est levée pour la première fois; elle est restée levée une demi-heure sans être fatiguée.

Le 14, la portion de l'anse métallique qui restait encore a été enlevée, la malade s'est ensuite levée et est restée levée plus de deux heures; quelques besoins d'uriner se sont fait sentir, et elle a pu rendre volontairement un demi-verre d'urine.

Le 16, Mme R... est sortie en ville et a uriné plusieurs fois sans le secours de la sonde; un seul cathétérisme matin et soir; la sonde est maintenue en place pendant la nuit.

Le 18, suppression complète de la sonde et du cathétérisme; la malade se promène une grande partie de la journée.

Le 19, nous procédons avec les confrères susnommés, qui avaient assisté à l'opération, à un examen complet et minutieux des parties, à l'aide du spéculum, en plaçant successivement la malade dans le décubitus dorsal et ventral.

La fistule est trouvée cicatrisée dans toute son étendue. La cicatrice est restée parfaitement solide; sa direction est transversale, très-légèrement oblique de gauche à droite. On distingue encore la place des fils de suture dont le trajet est cependant complétement oblitéré. La surface du vagin est pâle; les grandes et les petites lèvres, la partie interne des cuisses ne sont plus le siége d'aucune rougeur érythémateuse. La malade retient ses urines pendant quatre ou cinq heures de suite; seulement, quand la vessie est pleine, si elle tousse ou fait un effort un peu violent, elle sent s'écouler quelques gouttes d'urine. La santé générale ne laisse rien à désirer.

Le 20 novembre, vingtième jour de l'opération, Mme R... se trouve assez bien pour qu'il ne soit plus possible de la retenir à Aix. Elle repart pour Rians dans le courant de l'après-midi.

Depuis lors nous avons eu, à plusieurs reprises, occasion de recevoir de ses nouvelles. La guérison se maintient parfaitement bien, et la miction paraît se faire comme dans l'état normal.

Les faits de guérison de fistule vésico-vaginale par la méthode américaine sont aujourd'hui assez nombreux pour qu'un succès de plus n'offre pas un bien vif intérêt pour la science, quelque rapide et quelque complète qu'ait été la guérison. Aussi n'eussions-nous pas pris la peine de publier l'observation qui précède, si la manœuvre dont il a été question plus haut, et à l'aide de laquelle nous sommes parvenu à pratiquer le temps le plus difficile de l'opération même (l'avivement), ne nous avait semblé susceptible de recevoir de nouvelles applications, et par cela même capable d'élargir le champ de ce procédé opératoire.

Tous les chirurgiens qui ont eu occasion de le mettre en pratique ont pu s'assurer, en effet, que, si les principes sur lesquels repose ce procédé américain (*affrontement par de larges surfaces, avivement de la muqueuse vaginale seule, sutures métalliques, position sur les coudes et les genoux, etc.*) présente une supériorité incontestable, et ont opéré, à juste titre, une véritable révolution dans le traitement de cette maladie, il n'est pas moins certain, d'autre part, que l'application de ces mêmes principes offre des difficultés telles, qu'un très-petit nombre d'opérateurs se sont montrés jusqu'ici disposés à les aborder.

Il y a donc encore évidemment quelque chose à faire pour vulgariser cette utile méthode et pour lui permettre de rendre tous les services dont elle est susceptible : *c'est d'en simplifier le manuel opératoire*, tout en conservant soigneusement les préceptes qui en font la base, et sur lesquels ont insisté, avec beaucoup de raison, MM. Hayward, Marion-Sims, Bozeman, Baker-Brown, Robert, Verneuil, Follin, etc., etc.

L'abaissement de la cloison vésico-vaginale, tel que nous l'avons exécuté, constitue-t-il un de ces desiderata dont nous venons de parler? C'est aux chirurgiens qui l'essayeront après nous à répondre; quant à nous, nous nous bornerons à dire que notre conviction la plus intime est que, sans ce moyen, l'avivement eût été à peu près impraticable dans le cas soumis à notre observation, tandis qu'à son aide il a pu être exécuté sans beaucoup de difficulté, dans un temps relativement assez court, puisque trente-cinq à quarante minutes, au lieu de deux heures un quart, ont suffi pour le mener à bonne fin, et que l'application des sutures a été beaucoup plus longue et plus pénible que l'avivement lui-même.

Ce sont là les seuls points que nous tenions à signaler dans l'observation qui précède. Nous nous estimerions heureux si cette modification bien simple, apportée à un procédé reconnu utile par tous ceux qui l'ont mis en pratique, avait pour conséquence d'engager un plus grand nombre de nos confrères à tenter l'opération de la fistule vésico-vaginale; car, on ne peut pas se le dissimuler, cette maladie est assez fréquente, et bon nombre des malheureuses qui en sont atteintes sont dans l'impossibilité d'entreprendre un voyage au loin pour aller se confier à des opérateurs spéciaux.

D[r] Bourguet (d'Aix).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions, par Vidal (de Cassis). — 5e édition, revue, corrigée, avec des additions et des notes par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Il est des livres qui ont la singulière bonne fortune de devenir, dès leur apparition, immédiatement classiques, et qui ont la non moins heureuse chance de rester tels, chose rare, longtemps encore après la mort de leur auteur. Ce double bonheur, ils le doivent d'abord et surtout à la manière dont ils ont été faits, au soin consciencieux qui a présidé à leur composition, à la méthode et à la clarté qui les distinguent ; mais aussi, et plus souvent qu'on ne le pense, à quelques circonstances favorables en dehors de l'œuvre elle-même. Le livre aura paru à l'heure juste et au moment précis où il était devenu nécessaire ; il aura répondu à un besoin général ; une fois adopté par tous, élèves et praticiens, chaque année ne fera qu'ajouter à sa réputation pendant un long espace de temps, surtout si l'on a soin, à chaque édition, de réviser avec attention l'œuvre primitive, de lui faire subir les modifications rendues nécessaires par le progrès de chaque jour, de résumer les applications pratiques des découvertes nouvelles, afin de la tenir au niveau de la science.

Au commencement de ce siècle, ce sort a été celui d'un grand traité de chirurgie qui, après soixante ans, est encore souvent invoqué comme une autorité. Au moment où Boyer publia son livre, le champ était libre ; il n'existait pas, on peut le dire, de traité complet des maladies chirurgicales. On possédait quelques abrégés, les principes de chirurgie de Ravaton et de Lafaye, les résumés, qu'on apppellerait aujourd'hui des manuels, de Hévin et de Lassus, des quantités de travaux épars, les mémoires de l'Académie de chirurgie, mais aucun travail d'ensemble et suffisamment étendu. Le traité de Boyer, en qui l'on voyait un des derniers représentants de la grande école chirurgicale du dix-huitième siècle, comblait une lacune, répondait à une nécessité ; il eut un immense succès, il fut réimprimé quatre fois. Malheureusement, ce ne furent que des réimpressions sans changements, et lorsqu'en 1844, son fils voulut en donner une cinquième édition, l'ouvrage, depuis longtemps, n'était plus suffisant.

Au lieu de refaire un nouveau livre, en consacrant la plus grande

partie de l'ancien, mais sans craindre de modifier ce qui avait vieilli, et en ajoutant les nouvelles acquisitions de l'art moderne, Philippe Boyer, mû par le religieux sentiment d'un respect exagéré, eut le tort de vouloir conserver intégralement le texte primitif, dont il bouleversa entièrement l'ordre, et de se borner à ajouter des chapitres entiers qui *juraient* singulièrement, qu'on nous passe l'expression, avec l'œuvre originale, et dans lesquels il était souvent obligé de contredire ou de rectifier celle-ci. Ce travail fait sans jugement, par un homme qui n'était pas sans mérite, porta le dernier coup au traité de Boyer, dont les premières éditions conservèrent leur valeur historique.

Le moment était donc des plus opportuns pour la publication d'un livre qui pût remplacer celui dont nous venons de parler, et cette circonstance, jointe au mérite intrinsèque de l'œuvre elle-même, explique en partie le prodigieux succès qui accueillit tout d'abord le *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* de Vidal (de Cassis). Dès les premiers jours, la réputation en fut faite, et en moins de quinze ans, quatre éditions dont chacune fut, pour ainsi dire, un livre nouveau, tant l'auteur les remania et y ajouta, portèrent son nom, comme l'a dit un de ses collègues, jusqu'aux limites du monde civilisé.

La vogue immense du *Traité de pathologie externe* se soutint et alla même toujours en augmentant, par cette raison que Vidal, infatigable travailleur, ne laissa jamais réimprimer une page sans l'avoir relue, corrigée, souvent refaite en entier. Sa dernière publication contenait toujours les conquêtes les plus récentes de la science, les découvertes de la veille, l'exposé des moyens thérapeutiques, des procédés opératoires le plus nouvellement proposés, et presque toujours leur appréciation critique.

On sait la fin malheureuse et prématurée du savant chirurgien, enlevé dans toute la force et la plénitude de son talent par une de ces lentes et terribles affections qui ne pardonnent jamais. Cinq années s'étaient à peine écoulées, et la quatrième édition avait déjà disparu. Fallait-il se borner à reproduire son ouvrage tel qu'il l'avait laissé ? Ses intelligents éditeurs ne l'ont pas pensé. Ils ont cru non-seulement que ce ne serait pas commettre une profanation, mais que ce serait plutôt rendre hommage à la mémoire de l'illustre mort, que de confier à un chirurgien instruit, familier avec l'œuvre du maître, le soin d'accomplir les changements et les corrections que n'aurait pas manqué d'y faire Vidal s'il eût vécu. C'est M. Fano, agrégé de la Faculté, qui a bien voulu se charger de cette tâche dé-

licate ; le livre de Vidal est assez connu pour que nous n'ayons à nous occuper que du travail de M. Fano.

Disons d'abord qu'un des principaux mérites du collaborateur de Vidal, ç'a été de respecter religieusement le plan adopté par l'auteur, de ne rien changer à l'ordre des matières, et de se borner à développer certains articles, à ajouter des notes, des paragraphes sur des sujets nouveaux. C'est ainsi que dans le premier volume, des additions nombreuses ont été faites au chapitre des *agents anesthésiques*. M. Fano a tracé rapidement quelques notions historiques et a résumé les recherches physiologiques les plus récentes ayant pour but d'expliquer le mode d'action de ces agents, les accidents qu'ils produisent, et d'arriver à la connaissance des moyens les plus propres à les prévenir. Nous n'avons pas aussi bien compris l'utilité de la description, un peu longue, à notre avis, des modifications que chacun des fabricants a cru devoir apporter au mécanisme et à la disposition des instruments usuels de chirurgie. L'importance n'est souvent pas grande d'un clou de plus ou de moins dans un bistouri ou dans un scalpel, et ces changements n'ont rien à voir dans les considérations relatives au mode d'emploi de ces instruments. Nous avons été plus heureux d'y rencontrer un article où est exposée la méthode de l'écrasement linéaire, trop peu employée, suivant nous, par les chirurgiens contemporains, et qui est appelée à devenir d'un usage bien plus général lorsque auront cessé d'exister les motifs personnels qui s'opposent à sa propagation.

Nous saurons plus de gré à M. Fano de la manière dont il a remanié le chapitre consacré aux *plaies*, dont il a refait la plus grande partie ; les résultats des recherches microscopiques ayant pour but l'explication de l'inflammation, l'étude de la lymphe plastique ont été exposés dans ce qu'ils ont de plus pratique, au moins jusqu'à ce jour. Nous avons enfin remarqué des articles complétement nouveaux sur les maladies dont la chirurgie moderne a bouleversé presque de fond en comble l'histoire, la classification et les dénominations.

Dans le second volume, les additions et les modifications n'ont pas été moins nombreuses. Nous nous bornerons à signaler les articles consacrés aux plaies des veines, aux tentatives de traitement des varices par les injections de ce perchlorure de fer dont on a tant abusé depuis quelques années, à la structure des tumeurs érectiles et à l'anatomie pathologique des névrômes. M. Fano a refait entièrement le chapitre *fractures*, dans lequel ont été intercalées un grand nombre de figures représentant les appareils le plus généralement

mis en usage dans les diverses espèces de ces lésions ; il a grandement ajouté à l'histoire des *affections articulaires* ; enfin il a fait entrer pour la première fois dans le traité de Vidal la description des enchondrômes.

Les études spéciales faites par M. Fano en oculistique lui ont permis d'augmenter notablement, et nous pouvons le dire, utilement, la partie du troisième volume qui traite des maladies des yeux, que Vidal connaissait comme la plupart des chirurgiens, mais desquelles il n'avait pas fait l'objet de recherches approfondies. Puis, à l'époque où il écrivait, la science ophthalmologique n'avait pas encore tiré de l'ophthalmoscope tout le parti qu'elle en tire aujourd'hui. Les lecteurs trouveront à ce sujet, dans le chapitre qui leur est consacré, les notions les plus essentielles et suffisantes pour ceux qui, sans faire de spécialité, veulent se rendre compte des services qu'est susceptible de rendre le nouvel instrument, tant pour le diagnostic que pour le traitement des maladies profondes de l'œil.

Si nous passons au quatrième volume, nous y trouvons des additions non moins importantes, non moins considérables. C'est surtout l'histoire des *hernies* qui les renferme et l'on y trouvera, accompagnées d'admirables figures destinées à faire comprendre le mécanisme de la production de la hernie, la forme du sac et la structure de la hernie et de ses enveloppes, d'excellentes notions sur le mode de formation de ces tumeurs, l'anatomie pathologique de l'anus contre nature, et les procédés de guérison qui se rattachent à la méthode récente de l'invagination intestinale.

M. Fano a refait en grande partie l'histoire des *maladies de l'urètre* ; il a ajouté à l'ouvrage primitif l'imperforation du gland, l'épispadias et l'hypospadias ; les rétrécissements spasmodiques ; nous trouvons dans la partie du volume consacrée aux maladies des organes génitaux de la femme d'importantes additions pour les opérations de fistules vésico-vaginales. Mais, avant d'aller plus loin, nous demanderons à M. Fano pourquoi, puisqu'il est question dans le livre qu'il a bien voulu revoir et augmenter, de certaines affections qui rentrent dans l'histoire générale des maladies vénériennes, la blennorrhagie, il n'a pas ajouté au traité de Vidal un chapitre, sinon très-détaillé, du moins résumé, de la doctrine de ce chirurgien au point de vue de la syphilis. On m'objectera que la syphilis est plutôt une affection médicale que chirurgicale ; mais tous ne le comprennent pas ainsi ; il est des traités de médecine, des nosographies médicales, où il n'est pas dit un mot de la vérole. Si médecins

et chirurgiens se renvoient cette histoire des uns aux autres, où les élèves la trouveront-ils? Ne serait-il pas plus rationnel et préférable, dans ce doute où l'on est de la branche de l'art à laquelle appartient la syphilis, d'en parler dans les traités de médecine et dans ceux de chirurgie. Un double emploi ne vaudrait-il pas mieux qu'un silence complet? Nous espérons que M. Fano comblera plus tard cette lacune.

Dans le cinquième volume enfin, les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme ont été l'objet de nouvelles études et de sérieuses recherches. M. Fano a cru devoir y faire entrer la gravelle, sujet plutôt médical, à notre avis, et les fistules rénales qui en sont quelquefois, plus rarement cependant qu'on ne serait tenté de le croire, la conséquence. Il a complété ou refait plusieurs articles consacrés aux maladies organiques des testicules; il en est de même des chapitres où il est question des affections de l'appareil génital de la femme, et, entre autres, des maladies de la glande vulvo-vaginale, des vices de conformation du vagin, etc.

On comprend aisément que nous ne puissions, dans un court article du genre de celui-ci, faire autre chose que désigner sommairement les principaux articles qui sont l'œuvre originale de M. Fano, ou qui sont devenus siens en raison des profondes modifications qu'il leur a imprimées. Il nous eût été impossible d'indiquer tous ceux auxquels il a touché par une note, une phrase, un alinéa, car il en est un bien petit nombre qui, par le temps de progrès incessant où nous vivons, aient pu échapper à ce travail de révision; et hâtons-nous de le dire, cette tâche qu'il s'était imposée, M. Fano l'a accomplie avec une discrétion digne d'éloges, avec un discernement et une modestie qui l'ont porté à faire une abnégation peut-être trop complète de sa personnalité. C'est là, du reste, un si louable sentiment de respect pour le maître, que personne ne songera à l'en blâmer.

En somme, et si nous résumons l'impression générale qui nous est restée de l'étude que nous venons de faire, nous dirons qu'elle est toute favorable au jeune et intelligent collaborateur de Vidal. Il a conservé l'esprit général du livre, y a ajouté nombre d'excellentes choses, et, si l'on pouvait lui adresser un reproche, ce ne serait que celui d'avoir été d'une réserve extrême dans ses appréciations. Avec ces additions et ces changements, avec le luxe de dessins intercalés dans le texte, dont les éditeurs ont prodigieusement augmenté le nombre, 761, le livre de Vidal reste encore le meilleur *Traité de pathologie externe* et le plus complet que nous possédions aujourd'hui.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Fistule vésico-vaginale. — Issue involontaire des urines. — Douleurs vives. — A deux reprises différentes, réunion des bords au moyen de pinces vaginales. — Guérison. — Il y a quelques années déjà que, à propos de deux cas de fistules vésico-vaginales récentes, guéries par l'emploi de pessaires à réservoir d'air, nous avions été amené à reprendre l'étude du traitement de ces lésions par la mise en pratique d'opérations non sanglantes (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LIII, p. 59). A ces deux premières observations nous avions pu ajouter quatre exemples de guérison de fistules vésico-vaginales à l'aide de la cautérisation par le fer rouge ou par la galvano-caustique (*Ibid.*, p. 353 et 407). Nous nous proposions de poursuivre notre œuvre, lorsque les recherches cliniques qui se produisirent à cette époque, en Amérique, nous laissèrent prévoir une solution prochaine du problème de médecine opératoire, et nous engagèrent à suspendre nos études. Nos prévisions se sont réalisées, grâce aux efforts sagaces et persévérants de MM. Hayward (de Boston) et Marion-Sims (de New-York), et nous avons consigné dans nos colonnes le procédé américain. Nous aurons prochainement l'occasion de fournir de nouveaux exemples des résultats remarquables obtenus sous nos yeux et dans nos hôpitaux par M. Marion-Sims.

Puisque l'historique du traitement de la fistule vésico-vaginale semble à l'ordre du jour, il est quelques-uns des matériaux que nous avions rassemblés que nous croyons ne pas devoir laisser perdre. Le plus important est, sans contredit, l'observation suivante, qui nous a été remise par M. Desgranges, l'habile chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Obs. — Delphine B***, âgée de vingt et un ans, robuste, abondamment réglée, accouche péniblement, par l'application du forceps, le 24 décembre 1850, après deux jours de vives douleurs et d'efforts inutiles. La tête était restée sept heures dans l'excavation pelvienne.

Etat consécutif grave ; agitation, délire intermittent ; ballonnement du ventre ; durant huit jours, rétention d'urine exigeant le cathétérisme.

Le 1er janvier 1851, la malade se sent mouillée et n'éprouve plus le besoin d'être sondée ; bientôt il reste évident qu'elle perd involontairement la totalité des urines. Vers le 15 janvier, issue d'un lambeau, mou, assez large, auquel adhéraient de petits graviers n'ayant guère que le volume d'un grain de millet ; lambeau qui, très-probablement, n'était qu'une escarre détachée. A dater de ce jour, plus de besoins d'uriner, incontinence complète, d'où résulte à la vulve et au pli génito-crural une rougeur et des exulcérations accompagnées de douleurs très-vives, très-fatigantes.

Le 28 janvier 1851, elle entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 10.

Etat local. 1° Rougeur ulcéreuse des grandes lèvres et du pli génito-crural; tuméfaction œdémateuse et saillie à l'extérieur des petites lèvres; déchirure du périnée jusqu'à l'orifice anal.

2° Le vagin est baigné par l'urine, et tapissé de concrétions calcaires à son entrée; il est rétréci au point de n'admettre aucune espèce de spéculum, le doigt seul peut y pénétrer et faire constater la dureté cartilagineuse des parois dans toute leur étendue. — Près de l'anneau vulvaire existe, en avant, une bride cicatricielle, demi-circulaire, qui oppose une barrière infranchissable aux instruments d'un certain volume.

3° La fistule est longitudinale, mesurant 2 centimètres environ, et arrivant par son extrémité vulvaire, à 4 centimètres du méat urinaire. Les bords en sont arrondis, très-durs, de consistance presque cartilagineuse, et distants entre eux de 5 à 6 millimètres, à moins que dans l'exploration, au lieu de les suivre, on n'y exerce une pression qui les écarte.

4° Le col utérin, par suite probablement de déformation et d'adhérences, est devenu méconnaissable : on ne trouve ni saillie que l'on puisse circonscrire, ni rien qui ressemble à cet organe; tout se réduit à un cul-de-sac uniformément lisse, capable de loger la pulpe digitale, mais qui échappe à l'inspection directe, le vagin, par son étroitesse, n'admettant aucun spéculum, si petit soit-il.

5° Une sonde cannelée, introduite par l'urètre, sort de la vessie par la fistule et rencontre le doigt dans le vagin; manœuvre qui s'exécute facilement à la faveur d'une légère courbure donnée à l'instrument.

6° Incontinence totale d'urine : cuissons, ardeurs, s'élevant aux proportions de douleurs intolérables; pleurs et lamentations, le jour; insomnie, agitation, la nuit. Ventre légèrement ballonné, tendu, siége, par places, d'une sensibilité que la pression augmente. Etat général sans gravité, d'ailleurs.

Après divers examens, et non sans avoir cherché comment se prêterait à ce cas difficile la méthode par glissement de M. le professeur Jobert, je m'arrête à l'idée de la tentative suivante :

Opération. La malade convenablement disposée et le vagin légèrement dilaté par l'éponge préparée, on procède, le 1er mars 1851, à une réunion dont le manuel peut se diviser en deux temps.

Premier temps : Avivement. Sur l'index comme conducteur, on glisse, à plat, un long ténotome mousse, dont le tranchant est ensuite ramené vers la cloison vésico-vaginale. L'instrument est promené en divers sens, principalement d'un côté à l'autre, sur tous les points des lèvres de la fistule, jusqu'à ce qu'un écoulement sanguin, abondant, démontre que les tissus sont entamés. Le bruit que fait sous le tranchant la muqueuse indurée est perceptible à distance, et ne saurait mieux se comparer qu'à celui d'un cartilage usé par la rugine.

Deuxième temps : Réunion. Une première pince vaginale est portée, le long de l'index servant de conducteur, sur la moitié postérieure de la fistule dont la

direction est longitudinale, ainsi qu'il a été dit. — Les mors de la pince sont écartés autant que possible et placés de façon à dépasser la fistule également des deux côtés. Alors les dents qui arment les mors sont appuyées contre la cloison vésico-vaginale, et tandis qu'elles pénètrent dans les tissus qu'elles rapprochent par l'élasticité des branches, l'opérateur repousse dans la vessie le bord libre des lèvres de la fistule, s'efforçant d'obtenir, à l'intérieur de cet organe, un repli saillant en manière de valvule iléo-cœcale.

Une seconde pince est mise en avant de la première, sur la moitié antérieure de la fistule, d'après le même mode et avec les mêmes précautions.

Point de sonde à demeure dans la vessie.

Les pinces, abandonnées à elles-mêmes, *restent cinq jours en place*; temps durant lequel la malade ne perd pas une seule goutte d'urine involontairement, bien qu'à plusieurs reprises chaque jour elle commette l'imprudence de se lever pour uriner.

Les suites de cette première opération sont des plus simples, des plus inoffensives, et le résultat obtenu est des plus encourageants. Ainsi la malade ne *perd plus au lit*; il faut qu'elle marche pour être mouillée, et encore, malgré cette perte, peut-elle uriner volontairement toutes les deux heures. Le calme, le repos, succèdent à l'agitation et aux douleurs. Les rougeurs, les excoriations des cuisses disparaissent au bout de quelque temps.

24 mars 1851. Nouvelle application d'une pince vaginale, qui, malheureusement tombe au bout de trois heures et reste sans effet.

Le 1er avril *troisième* et *dernière* tentative. Comme la première fois les bords de la fistule sont avivés à l'aide du ténotome mousse ; puis, sur le doigt comme conducteur, une pince vaginale est amenée à les saisir et à les tenir rapprochés au contact. La pince reste à demeure jusqu'au troisième jour, où elle tombe d'elle-même. La malade est tenue au lit par mesure de prudence ; elle demande le bassin quatre fois dans le jour, et trois fois dans la nuit.

Cette fois, le résultat est des plus satisfaisants. Delphine B*** *ne perd plus ni couchée ni levée*; bien plus, ayant obtenu la permission d'aller en ville pour affaire, elle marche durant cinq heures, urine trois fois volontairement et rentre à l'hôpital sans que son linge soit mouillé.

Tout allait donc au mieux, lorsque cette fille, qui depuis sa couche avait conservé le ventre sensible et douloureux à la pression, est prise, sans cause appréciable, d'une péritonite qui met ses jours dans le plus imminent danger. — 30 avril. Ventre tendu, ballonné, très-douloureux à la moindre pression. Vomissements répétés et pénibles de matières bilieuses ; languo blanche et pâteuse, soif vive, face rouge, halitueuse, pouls plein, fort et très-fréquent. (Médication appropriée.)

Sous l'influence du ballonnement abdominal, et surtout des efforts de vomissement, la cicatrice de la fistule, qui était de fraîche date, se déchire ; les urines recommencent à couler involontairement, mélangées tout d'abord de petits caillots sanguins laissant des taches sur le drap. Cependant les accidents aigus se calment ; la péritonite prend une marche chronique, qui, à la vérité, de temps à autre est traversée par quelques recrudescence; mais, en somme, la malade se rétablit après deux mois de souffrances et de périls. — Avec le retour à la santé, la perte des urines au lit diminue graduellement et finit par cesser.

Le 1er juillet 1851, la malade va bien; elle mange et se promène; au lit, *elle ne perd absolument rien*; levée, elle se mouille, mais infiniment moins qu'avant l'opération.

Le 2 septembre, Delphine B*** est en bon état, sauf l'incontinence debout qui persiste à un faible degré. On lui donne un appareil de caoutchouc composé d'un réservoir surmonté d'un entonnoir qui s'adapte à la vulve, lequel pallie parfaitement l'infirmité; dès lors, satisfaite, cette fille demande à s'en aller. — *Exeat*.

Le 19 décembre 1851, elle rentre à l'Hôtel-Dieu pour une aiguille implantée dans les chairs.

Elle raconte que depuis sa sortie jusqu'à ce jour, elle a continué à ne rien perdre au lit, ni lorsqu'elle est assise; la marche seule, durant un certain temps, a fait tomber dans l'appareil une quantité d'urine qui diminuait tous les jours, enfin l'écoulement s'arrête et, le 1er novembre 1851, à sa grande satisfaction, le réservoir lui devient inutile au point qu'elle s'en débarrasse tout à fait. — Depuis lors elle n'est jamais mouillée, quoi qu'elle fasse; la miction a lieu volontairement trois ou quatre fois par jour; *la guérison paraît consolidée*.

Aujourd'hui 2 novembre 1856, Delphine B*** est mariée, délivrée depuis longtemps de son ancienne et dégoûtante infirmité. Les rapports conjugaux sont réguliers et faciles; mais par bonheur elle n'a pas eu d'enfants.

Ainsi, par deux applications de pinces vaginales, voilà guérie une affection qui est tout à la fois le désespoir des malades ainsi que l'un des plus sérieux écueils de la chirurgie pratique.

Le fait le plus curieux, au point de vue de notre étude, est le maintien des bords de la fistule à l'aide des pinces vaginales. Dans notre prochain numéro nous dirons un mot de quelques essais de suture analogue auxquels nous nous sommes livré.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Epilepsie (*Sur la curabilité et le traitement de l'*). M. Rigodon père, de Buzançais, a vu cette maladie, même héréditaire, céder à deux médications bien différentes l'une de l'autre, à savoir : la valériane associée à la belladone, d'une part, et un changement complet de climat. Pour l'emploi de la première de ces médications, il avait coutume d'ordonner les pilules suivantes : Pr. : Extrait de belladone, 60 centigrammes; poudre de valériane, 6 grammes; sirop de digitale, q. s., pour faire 60 pilules égales, à la dose de 5 à 10, par prises de 1 à 3, de quatre en quatre heures, une heure avant ou cinq heures après les repas; dans un cas même, il dut porter la dose de belladone jusqu'à 15 ou 20 centigrammes dans les vingt-quatre heures; au bout d'un mois environ de traitement, il laissait au malade un intervalle de quinze jours, puis reprenait avec une dose plus forte. Inutile de dire que les insuccès furent plus fréquents que les guérisons, au moyen de ce traitement qui rappelle singulièrement le valérianate d'atropine tant prôné à Paris. En outre, il est très-important de prévenir l'accès, but dans lequel M. Rigodon conseille d'aspirer des vapeurs d'ammoniaque, dont l'épileptique devrait toujours porter un flacon sur lui; il y ajoutait le conseil d'avaler en même temps 8 à 10 perles d'éther. (*Bull.* et *Gaz. hebd. de la Soc. de méd. de Poitiers*, janvier 1862.)

Gaïac. *Son emploi dans la diphthérie.* M. West Walker considère le gaïac comme le *remède par excellence* dans la diphthérie; et voici sur quel raisonnement il motive cette conclusion assez hasardée. La diphthérie, dit-il, comprend trois états : le mal de gorge, l'exsudation couenneuse, et la prostration générale. Or, le gaïac remédie au premier de ces trois éléments morbides. Il faut donc l'administrer, mais sans négliger les autres remèdes que nécessitent l'exsudation et la dépression ou l'*exhaustion* du

système, comme disent les Anglais.

Quoi qu'il en soit, voici sous quelle forme l'auteur prescrit son spécifique :

R. Chlorate de potasse.	5 grammes.
Teinture de quina...	16 grammes.
Teint. de gaïac composé de..........	16 à 24 gram.
Miel................	q. s.
Eau..................	240 grammes.

Donnez de cette mixture, trois ou quatre fois par jour, une quantité qui, selon l'âge du malade, varie d'une cuillerée à café à deux cuillerées à bouche. (*British medical journal*, décembre 1861.)

Glycérine. *Son emploi à l'extérieur pour faciliter la diaphorèse.* Il n'est pas toujours facile d'exciter la transpiration cutanée dans les cas d'hydropisie avec albuminurie, et souvent les agents auxquels on a ordinairement recours dans ce but, soit qu'on les fasse prendre sous forme de boisson, soit qu'on les administre extérieurement, restent impuissants à procurer ce résultat. M. le docteur James Jones, médecin de Metropolitan Free Hospital, à Londres, a eu l'idée d'essayer l'usage externe de la glycérine dans ces sortes de cas, et ce moyen a été suivi, dit-il, d'un succès si satisfaisant, qu'il a cru devoir le faire connaître et le recommander à ses confrères. Parmi ces cas, il cite, comme exemple, celui d'un homme de vingt-huit ans, qui était atteint d'albuminurie aiguë avec anasarque : la quantité des urines rendues avait diminué ; la densité de ce liquide était de 1018, et par l'action de la chaleur, il se prenait en une masse solide d'albumine ; la peau était sèche et aride. M. Jones prescrivit un purgatif (poudre de jalap composée), puis, chaque jour, 15 grammes d'acétate d'ammoniaque, et trois doses de 20 gouttes chacune de teinture de sesquichlorure de fer ; en même temps, il fit lotionner matin et soir, à l'aide d'une éponge, sur la surface du corps et des membres avec un mélange par parties égales de glycérine et d'eau tiède. Il se produisit à la suite une transpiration douce et abondante, l'hydropisie commença à diminuer rapidement, ainsi que la quantité d'albumine rendue dans les urines ; la peau reprit son état naturel, et ses fonctions s'accomplirent avec activité.

Quelle est en réalité la part de la glycérine dans ce résultat ? C'est ce dont il n'est pas aisé de se rendre compte, le traitement, assez complexe, comme on a pu voir, ayant compris un agent qui est certainement un diaphorétique actif, l'acétate d'ammoniaque. Toutefois, il n'est pas impossible que les lotions avec la solution aqueuse de glycérine, en amolissant et adoucissant la surface cutanée, en désobstruant les orifices des glandes sudoripares, ait pu contribuer à amener cet effet. Mais cela étant admis, ainsi que l'admet M. Jones, il n'y a pas plus lieu d'attribuer, comme il paraît le faire, une action sudorifique au principe doux des huiles qu'à tout autre corps propre à exercer sur la peau un effet détersif, à l'eau savonneuse, par exemple. (*the Lancet*, décembre 1861.)

Nécrose *de la mâchoire supérieure chez un enfant de six semaines par les émanations d'allumettes phosphorées.* Le fait suivant paraît remarquable, surtout au point de vue de l'étiologie de la nécrose; aussi supprimons-nous les détails anatomo-pathologiques fournis par le docteur Grandidier, de Cassel.

Il s'agit d'un enfant de six semaines qui mourut le quinzième jour d'une maladie caractérisée par une périostéite de la mâchoire supérieure droite, par la formation d'une collection purulente dans l'antre d'Highmore, et par la nécrose du maxillaire supérieur du même côté. L'enfant, bien constitué, appartenait à des parents sains, ayant trois autres enfants qui jouissent de la meilleure santé et qui ne sont entachés d'aucun vice diathésique. Il n'est nullement question ici de la maladie désignée sous le nom de *noma.* Quant à la cause, voici ce qu'un examen attentif fit découvrir. L'enfant avait été placé depuis sa naissance dans un appartement étroit et mal aéré, où il s'était trouvé constamment exposé aux vapeurs qui se dégageaient d'allumettes phosphoriques renfermées dans une énorme boîte non munie de son couvercle et placée à proximité de la tête du nouveau-né. Quand on réfléchit que chaque allumette renferme 1/100 à 1/60 de grain de phosphore pur, on comprend la nocuité des émanations qui se dégagent d'une boîte contenant 1,000 allumettes (soit 10 à 16 grains), et des dangers auxquels, dans des cas donnés, elles exposent de frêles organisations, dangers qui rappellent ceux qui mettent parfois en péril l'existence des ouvriers employés dans les fabriques d'allumettes phosphoriques. Comme moyen préventif, Pappenheim conseille de recouvrir les allumettes phosphoriques entassées

dans une boîte, d'un papier imprégné d'huile essentielle de térébenthine.

Dans un grand pays voisin on considère l'impôt sur les allumettes chimiques comme une mesure d'une réalisation très-prochaine. C'est un impôt bien assis et dont ne se plaindront guère les amis de la santé et de la sécurité publiques. Peut-être en reviendra-t-on au briquet et à l'amadou de nos pères. (*Journ. fur. Kinderk* et *Jour. de méd. de Bruxelles*, janvier 1862.)

Névralgie *lombo-abdominale compliquée de contracture spasmodique du sphincter vaginal.* M. Bedford rapporte un cas très-curieux de névralgie de la grande lèvre droite chez une femme mariée. Les effets de cette affection étaient ceux de la contracture vulvaire dont nous parlions dernièrement. Le plus faible attouchement déterminait de cruelles angoisses et rendait intolérables les rapports conjugaux. Cet état durait depuis six mois, et M. Bedford n'apercevant rien de local qui pût expliquer les souffrances de la malade, soupçonna l'existence d'une névralgie lombo-abdominale. Pour s'en assurer, il lui suffit, à l'exemple de Valleix, d'exercer une pression sur les côtés des vortèbres lombaires supérieures, pression qui produisit une douleur vive. Ce résultat acquis, un cautère fut établi à l'aide de l'acide nitrique concentré sur le côté des vertèbres lombaires; l'escarre, après quelques jours, fut soulevée par la suppuration, la plaie entretenue pendant plusieurs semaines, et, deux mois après, la névralgie avait disparu. — La guérison eût été plus prompte si le médecin anglais avait agi sur la contracture à l'aide de la dilatation forcée, comme l'a tenté avec succès M. Perrin. Au point de vue de l'étiologie, le fait de M. Bedford n'en demeure pas moins intéressant. (*the Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1862.)

Nicotine. *Sa présence dans les organes d'un priseur.* Depuis que l'emploi du tabac est devenu aussi fréquent qu'il l'est de nos jours, on s'est posé, à plusieurs reprises, la question de savoir si la nicotine peut se retrouver en quantité sensible dans l'économie. Dans le but de résoudre cette question, M. Morin (de Rouen) a recherché ce principe dans les viscères d'un homme de soixante et dix ans qui prisait depuis longues années. Les poumons et le foie, réduits en pulpe, furent mis en contact avec de l'eau distillée, légèrement acidulée avec l'acide sulfurique (pour les poumons) et avec l'acide oxalique (pour le foie). Après plusieurs jours de contact, la liqueur fut filtrée à travers un papier exempt de carbonate de chaux, puis concentrée au tiers de son volume; filtrée, pour la débarrasser des flocons qui s'étaient formés, elle fut concentrée de nouveau et traitée par l'alcool absolu, qui détermina la production de nouveaux flocons. La liqueur, filtrée de nouveau, fut soumise à la chaleur, qui chassa l'alcool. Le résidu fut alors additionné d'une petite quantité de potasse pure; le mélange refroidi fut traité par l'éther sulfurique, et le liquide, décanté au bout de quelques heures de contact, fut évaporé dans le vide. Le résidu, qui offrait l'odeur et la saveur âcre particulière à la nicotine, donna, par l'action du bichlorure de mercure, du chlorure de platine, du tannin, du biiodure de potassium, et des sels de cuivre et de plomb, toutes les réactions de la nicotine.

On pourrait donc de cette analyse tirer cette conclusion, que les individus qui font un usage immodéré du tabac renferment dans leurs organes une certaine proportion de nicotine, d'où résultent des conséquences importantes, comme on voit, pour la médecine légale. (Trav. de l'Acad. de Rouen et *Gaz. hebdomad.*, décembre 1861.)

Prostatorrhée (*Indications des douches périnéales dans la*). Le difficile en thérapeutique est moins de trouver un nouvel agent et de fournir quelques observations favorables à son emploi, que d'en bien préciser les indications. Quelques cas heureux suffisent le plus souvent à quatre pages d'éloges, tandis qu'il faut une étude sérieuse et l'aide du temps pour savoir que penser des plus belles promesses.

On a beaucoup vanté contre la prostatorrhée la cautérisation intra-urétrale de la région prostatique, et c'était justice; l'iode, les amers, les bains aromatiques et tous les toniques, et c'était encore avec raison.

Lallemand a rapporté des succès obtenus à l'aide des bains de Bagnères, de Baréges, de Cauterets. Les douches périnéales elles-mêmes, dont on va parler, ont été déjà justement vantées. Mais en préconisant tour à tour chacun de ces moyens, on n'a peut-être pas suffisamment indiqué dans quels cas chacun d'eux devait être préféré.

Après avoir rapporté trois observations de prostatorrhée, dont la première a trait à un cas de cette maladie, suite de blennorrhagie, et qui fut guérie par l'emploi du porte-caustique de Lallemand, M. Muller conclut ainsi :

L'insuccès de l'hydrothérapie dans le premier de ces cas s'explique aisément et porte avec lui son enseignement. La prostatite étant un fait purement local, sans rapport avec l'état général, c'était aussi à un moyen local, excellent comme on a vu, qu'il fallait donner la préférence, et le caustique a tout aussitôt réussi à modifier d'une manière favorable la sécrétion des glandules prostatiques par son action sur les orifices de leurs conduits excréteurs.

Dans les deux autres observations, au contraire, il s'agit d'hommes, jeunes, lymphatiques, dont tous les états locaux sont dominés par la disposition générale de l'économie. Les toniques, les analeptiques, l'eau froide en jet ou en pluie, en la modifiant, guérissent mieux et plus vite que tous les topiques, qui, limitant leur action à la glande, ne changent que momentanément la nature de la sécrétion. (*Gaz. méd. de Lyon*, janv. 1862.)

Pulvérisation *des eaux minérales et médicamenteuses* (*Résumé des expériences contradictoires sur la*). On sait la divergence des opinions qui se sont produites aussitôt que M. Sales-Girons est venu exposer dans les colonnes de ce journal ses espérances sur l'avenir réservé à cette nouvelle ressource thérapeutique. Les passages suivants d'un rapport que M. Poggiale vient de lire à l'Académie résument l'état de la question et répondent à un désidératum que nous nous proposions de remplir, si le savant pharmacien n'était venu le faire avec plus de talent et d'autorité que nous.

Les médecins qui ont fait des recherches sur la pulvérisation des eaux minérales, dit M. Poggiale, ne sont d'accord ni sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires, ni sur le refroidissement qu'ils éprouvent, ni sur l'altération des eaux sulfureuses soumises à la pulvérisation, ni sur les effets thérapeutiques de la nouvelle méthode de M. Sales-Girons. Nous avions donc le devoir de faire de nouvelles recherches, de répéter les expériences dont il vient d'être question, et de résoudre, autant que la science le permet aujourd'hui, les questions suivantes :

1° Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires ?

2° Éprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs ?

3° Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition chimique par la pulvérisation ?

4° Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation des liquides pulvérisés ?

Nous allons examiner successivement chacune de ces questions.

1° *Les liquides pulvérisés pénètrent-ils dans les voies respiratoires ?*

Les expériences de M. Demarquay sur l'homme et sur les animaux, celles de MM. Moura-Bourouillou et Tavernier, les recherches de M. Fournié sur l'introduction des poussières dans les voies respiratoires, et les essais de M. Henry sur un lapin et un cochon, ne laissent aucun doute sur la pénétration de l'eau pulvérisée.

2° *Les liquides pulvérisés éprouvent-ils un refroidissement en sortant des appareils pulvérisateurs ?*

Il est incontestable que les eaux minérales peuvent éprouver un refroidissement considérable par la pulvérisation, ainsi que l'a reconnu M. de Pietra Santa aux Eaux-Bonnes; mais je crois devoir rappeler encore qu'il n'existe pas pour cela de loi générale, et que, dans ce genre d'expériences, il faut toujours indiquer les conditions dans lesquelles on se place. Il importe aussi d'ajouter que lorsqu'on plonge la boule d'un thermomètre dans un mélange d'air et d'eau pulvérisée, on n'a pas exactement la température de celle-ci.

Il convient ici de rappeler que M. Tampier a indiqué, dans une lettre adressée à l'Académie, le moyen qu'il emploie de remédier au refroidissement de l'eau pulvérisée. Ce moyen consiste à la faire arriver dans un espace confiné, tel que l'hydrofère, dont la température soit supérieure à celle de l'eau, et dont la saturation par de la vapeur d'eau soit complète. Une expérience faite rue Taranne, le 12 novembre dernier, a donné les résultats suivants :

Température de la boîte...	32° 0 centig.
— de l'eau...............	31 5
— du bain après 15 minut.	31 5
— du bain après 30 minut.	31 0

Il faut donc, pour éviter le refroidissement dans les salles de respiration, que l'air soit saturé de vapeur

d'eau, ce qui doit avoir lieu constamment, et que sa température soit un peu plus élevée que celle de l'eau qu'on veut pulvériser.

3° *Les eaux sulfureuses sont-elles modifiées dans leur composition par la pulvérisation ?*

Lorsqu'on recueille de l'eau pulvérisée dans un vase et qu'on la soumet ensuite à l'analyse sulfhydrométrique, la diminution des principes sulfureux est considérable; mais nous avons déjà montré avec quelle rapidité les eaux sulfureuses s'altèrent au contact de l'air. Par conséquent, les résultats que la science possède ne sont pas exacts, et l'on ne peut espérer de bien connaître la proportion des principes sulfureux qui restent dans l'eau pulvérisée qu'en la recevant, au moment où elle se dépose, dans un liquide titré.

La solution d'acide sulfhydrique perd par la pulvérisation une proportion notable de ce gaz, même quand elle est peu concentrée; mais cette perte est due en partie au dégagement de l'acide sulfhydrique dans l'air ambiant.

L'eau d'Enghien, et probablement toutes les eaux qui contiennent de l'acide sulfhydrique, perdent, en moyenne, 60 pour 100 de ce principe sulfureux.

Les eaux qui renferment du sulfure de sodium, comme celles des Pyrénées, ne sont point altérées, ou n'éprouvent qu'une légère altération par la pulvérisation.

La diminution du principe sulfureux paraît être moindre avec l'appareil de M. Sales-Girons qu'avec celui de M. Mathieu.

4° *Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, préciser les effets thérapeutiques de l'inhalation des liquides pulvérisés ?*

M. Auphan a étudié pendant deux années les effets de l'eau pulvérisée sur l'organisme sain ou malade, et voici les conclusions qui découlent des faits relatés dans son mémoire :

1° Les inhalations minérales convenablement pratiquées sont d'une grande ressource dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire ;

2° La méthode qui consiste à faire respirer les eaux minérales à l'état de poussière, selon le procédé de M. Sales-Girons, est appelée, dans certains cas, à rendre de grands services ;

3° L'eau pulvérisée est employée très-utilement contre les angines et les laryngites chroniques, les hépatisations pulmonaires sans complication de tubercules, etc.

M. Demarquay et l'un des membres les plus distingués de l'Académie, M. Trousseau, emploient depuis assez longtemps les liquides médicamenteux pulvérisés dans le traitement des maladies chroniques du pharynx et du larynx, et ils déclarent avoir obtenu, à l'aide de cette médication, des résultats heureux.

En résumé, les salles de respiration sont considérées, par les uns, comme un moyen puissant dans le traitement des maladies de poitrine, et par les autres, comme nuisibles dans la plupart des cas. Il y a donc une grande incertitude sur les effets thérapeutiques des eaux minérales pulvérisées. De nouvelles recherches, des faits bien observés par des médecins autorisés sont nécessaires pour que la Commission des eaux minérales et l'Académie puissent se prononcer sur cette importante question. (*Compte rendu de l'Acad. de méd.*, janvier 1862.)

Rhumatisme articulaire (*De l'emploi du phosphate d'ammoniaque dans le traitement des différentes formes de*). M. le docteur Bergson relate les résultats de la pratique d'un médecin russe qui exerce en Crimée et qui, après en avoir vu guérir un cas rebelle de rhumatisme articulaire par l'emploi du phosphate d'ammoniaque, a adopté cette préparation et s'en est toujours bien trouvé. La dose est de 6 grammes sur 200 grammes d'eau de mélisse avec sirop de guimauve. L'auteur ne donne d'ailleurs nullement ce remède comme infaillible, ni exclusif de l'emploi des autres moyens de traitement éprouvés par l'expérience. (*Deutsch klinik*, et *Gaz. méd., de Paris*, décembre 1861.)

Ulcères *de la pointe de la langue. Étiologie et traitement.* Il arrive bien souvent, dit le professeur W. Roser, qu'on soumet à l'examen de l'homme de l'art des enfants qui, à l'époque de la première dentition, portent sous la pointe de la langue, près du frein, une ulcération de couleur blanche à base indurée, et accompagnée d'un léger gonflement. L'imagination des mères s'effraye de cette apparition et les porte à croire que cet ulcère va gagner sans cesse en largeur et en profondeur. Si le médecin ignore la signification de cet ulcère, il se borne, *ut aliquid fiat*, à prescrire un collutoire quelconque, inoffensif, il est

vrai, mais parfaitement inutile. Cette ulcération, non encore décrite, dit l'auteur, est liée à la dentition : elle tient, lors de la première éruption dentaire, à la pression exercée sur la face inférieure de la langue par les deux premières incisives inférieures; elle repose sur l'habitude qu'ont beaucoup d'enfants dans cette circonstance, de pousser la langue en avant et de la maintenir dans cette position, habitude qui disparaît naturellement lors de l'éruption des autres incisives. Cette ulcération se produit d'autant plus aisément que l'enfant a les dents plus tranchantes et plus pointues; elle guérit avec l'apparition des incisives, soit supérieures, soit latérales. La couleur blanchâtre de ces petits ulcères, due au soulèvement de l'épithélium ramolli, empêche de les confondre avec les ulcères fongueux. (*Arch. der Heilk.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier 1861.)

VARIÉTÉS.

Etudes cliniques sur un nouveau pessaire, à pièces articulées et mobiles, destiné à remédier aux prolapsus de la matrice et aux déviations de cet organe. (Extrait d'un rapport lu à l'Académie de médecine.)

Par M. Robert, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Les pessaires connus jusqu'à ce jour sont très-nombreux, et l'on peut dire que les praticiens ont épuisé toutes les combinaisons possibles de forme pour arriver à la contention des déplacements de l'utérus ; mais, chose triste à dire, ces efforts sont restés impuissants, et la plupart des pessaires sont tombés en désuétude. Les seuls que l'on ait à peu près conservés sont les circulaires et les ovalaires.

Tous ces instruments soutiennent l'utérus en prenant leur appui contre les parois du vagin, qu'ils distendent diversement, suivant leur forme. Les uns s'y creusent un enfoncement ou plusieurs enfoncements limités; les autres y développent une gouttière circulaire; les autres enfin, tels que les pessaires étytroïdes, et ceux à air comprimé, en distendent la surface.

Déjà, et par le seul fait de leur présence et de la distension du vagin, ces corps étrangers déterminent de la gêne, de la douleur, et une irritation des organes génitaux internes, quelquefois telle, qu'ils ne peuvent être supportés. Mais ce n'est pas tout : peu à peu les parois du vagin perdent leur ressort, et l'on est obligé d'augmenter le volume des pessaires, sous peine de ne plus agir. On arrive ainsi par degrés à des dimensions telles, que les fonctions de la vessie et du rectum sont gravement compromises ; souvent même on est obligé de renoncer à leur emploi. Dès lors le vagin, dont l'élasticité est perdue, ne peut plus soutenir l'utérus, et l'abaissement de cet organe fait des progrès plus rapides ; de telle sorte que l'instrument primitivement destiné à le prévenir devient, au contraire, la cause qui l'entretient et l'aggrave. Il est vrai que, pour maintenir les pessaires, on est souvent dans l'usage de comprimer le périné et la vulve, au moyen d'une pelote allongée, que l'on fixe par des liens à une ceinture. Souvent encore, dans le même but, on adapte à ces instruments une tige solide, que l'on soutient à l'extérieur avec des sous-cuisses.

De prime abord, il semble que ces procédés doivent atteindre le but, mais il n'en est rien. D'une part, les pelotes appliquées sur le périnée et sur la vulve y déterminent pendant la marche des frottements pénibles; et le contact des urines y produit une irritation qui les rend généralement insupportables.

D'autre part, les liens destinés à fixer les pessaires à tiges, s'ils sont conve-

nablement tendus pour remplir l'indication, gênent les mouvements et causent de la douleur ; s'ils cessent d'être tendus, ils deviennent inefficaces. Aussi divers praticiens ont-ils renoncé à l'emploi de ces instruments, se bornant à soutenir la vulve et le périnée avec une pelote élastique attachée à une ceinture. Il y a plus de vingt-cinq ans que nous avons employé un appareil de ce genre, imaginé en Angleterre par le docteur Hull. Ce moyen, dont la seule action est de fermer la vulve, peut suffire sans doute à quelques abaissements de peu d'importance, bien qu'il participe à tous les inconvénients attachés à la compression directe du périnée. Mais il est insuffisant lorsque l'utérus descend très-bas et tend à dépasser la vulve. Le frottement du col contre l'appareil produit des douleurs, des excoriations, des écoulements séreux, qui épuisent les femmes et empoisonnent leur existence.

Cette impuissance des moyens de contention qui agissent directement sur le vagin ou sur le périnée a dû naturellement faire chercher des points d'appui en dehors de ces organes ; de là l'idée de fixer le pessaire en le soudant à une tige recourbée et rigide, fixée elle-même à une ceinture entourant les hanches.

Cette idée est déjà fort ancienne ; car elle se trouve dans le *Recueil d'observations* de Saviard (page 47), et l'on a lieu de s'étonner que, dans ces derniers temps, plusieurs industriels aient cru pouvoir en réclamer la priorité.

Le pessaire prenant son appui sur une ceinture hypogastrique réalise un progrès ; mais depuis Saviard jusqu'à nos jours, on peut dire que l'application en est restée très-incomplète, et que les instruments que l'on a produits dans ce sens présentent des inconvénients sérieux. En effet, quand ils sont appliqués, leur inflexibilité est telle, que souvent la femme est condamnée à garder constamment la même attitude, ou à n'en changer qu'en s'entourant de précautions infinies, sous peine d'éveiller de vives douleurs. Pour se rendre compte de ce phénomène, il suffit d'examiner ce qui se passe dans les diverses positions du tronc. Si, par exemple, la femme, étant debout, se baisse, la cuvette de l'instrument se porte en avant et presse douloureusement la vessie. Cet inconvénient est tellement frappant, que Récamier avait déjà cherché à le corriger par l'emploi d'un ressort à boudin supportant le pessaire. Cette modification ingénieuse est loin cependant de résoudre la difficulté, car elle n'amortit que les chocs verticaux, et ne remédie en rien aux oscillations latérales. Si donc, on songe à la diversité des attitudes du tronc et aux impulsions subites que l'utérus est sujet à recevoir dans les efforts de toute nature, on a peu de peine à comprendre l'insuccès fréquent des appareils de ce genre ; et Scanzoni, qui a fait connaître divers hystérophores plus ou moins ingénieux, ne craint pas de dire qu'il est des cas où aucun des instruments connus jusqu'à ce jour ne peut atteindre le but désiré. (*Traité des maladies des organes sexuels de la femme*, 1860, p. 118.)

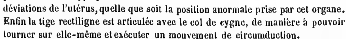
Il nous reste maintenant à faire connaître le nouvel instrument imaginé par M. Grandcollot. Il se compose d'une ceinture hypogastrique à deux pelotes. Entre elles se trouve une armature métallique à doubles brisures latérales, dans l'écartement desquelles est placée l'insertion d'un col de cygne suspenseur du pessaire et courbé convenablement pour s'adapter sur le pubis. Ici déjà se trouve un système de mouvement par lequel ce col de cygne peut, au gré des chirurgiens, être fixé ou exécuter des mouvements variés de rotation ou d'inclinaison.

Au col de cygne se trouve adaptée une tige intra-vaginale munie d'une cuvette, à son extrémité supérieure Cette tige est rectiligne, formée de deux cy-

lindres creux emboîtés et glissant l'un sur l'autre, s'allongeant ou se raccourcissant à volonté et contenant :

1° Un ressort à boudin dont la puissance, indépendante des changements de longueur de la tige, demeure invariable.

2° Un système d'excentrique qui lui permet de se renverser plus ou moins sur son axe, et même d'exécuter autour de lui une révolution complète.



Ce mécanisme en rend l'introduction très-facile, et lui permet d'être appliqué aux déviations de l'utérus, quelle que soit la position anormale prise par cet organe. Enfin la tige rectiligne est articulée avec le col de cygne, de manière à pouvoir tourner sur elle-même et exécuter un mouvement de circumduction.

Il résulte de l'ensemble de ces brisures, que la cuvette, une fois placée de manière à embrasser exactement le col de l'utérus, peut exécuter tous les mouvements que ce col lui-même exécute dans les divers mouvements du tronc, et qu'elle ne peut exercer aucune pression fâcheuse sur les organes qui l'avoisinent.

L'instrument de M. Grandcollot ne présente donc aucun des inconvénients que nous avons signalés dans les appareils à suspension pourvus de tiges rigides. Il nous reste à rendre compte des résultats cliniques que nous avons obtenus par l'emploi de ce moyen.

Les faits sont aujourd'hui très-nombreux ; mais nous nous bornerons à mentionner ceux que nous avons observés nous-même, ou qui ont été recueillis par nos collègues des hôpitaux de Paris. Il va sans dire que nous nous sommes occupé exclusivement de ces cas graves de prolapsus complet, simples ou compliqués de cystocèle, qui ont résisté à l'emploi des moyens connus.

Obs. I. Au mois de juillet 1860, nous avons admis à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de soixante-quatre ans, affectée, depuis onze ans, d'un prolapsus de l'utérus. D'abord, elle avait pu contenir l'organe avec une serviette qui passait sur le périnée et se fixait à une ceinture. Mais en 1856, à la suite d'excès de travail, la saillie de l'utérus devint plus volumineuse, et la malade essaya inutilement l'emploi de divers pessaires.

Depuis lors, elle ne cessa d'éprouver des malaises et des souffrances très-vives ; elle ne pouvait presque plus marcher et urinait à chaque instant.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, le prolapsus utérin dépassait la vulve de quatre travers de doigt au moins, la surface en était ulcérée ; la cavité mesurait 13 centimètres ; il existait en même temps une cystocèle et un rectocèle assez prononcés. Nous essayâmes d'abord une ceinture hypogastrique, à laquelle se fixait, au moyen d'une tige en fer recourbée, un pessaire en bilboquet. Mais ce moyen, modifié de diverses manières, ne put être supporté. C'est alors seulement que j'eus recours à l'appareil de M. Grandcollot, le 22 décembre 1860. Le succès en fut immédiat et complet. — Au bout de quelques semaines, je voulus savoir s'il serait possible de revenir à l'emploi du bandage à tige rigide et fixe ; mais la malade éprouva aussitôt des envies d'uriner, des douleurs lombaires et de la fièvre, qui me forcèrent à le retirer. Je revins donc, après quelques jours, au pessaire à tige mobile que la malade a gardé depuis lors. Elle peut se livrer sans douleur aux exercices les plus fatigants.

Obs. II. Au mois d'avril 1860, une infirmière de la Salpêtrière, âgée de dix-

neuf ans, soulevant une épileptique pour la placer sur son lit, éprouva dans les reins une douleur vive, à la suite de laquelle la station et la marche devenaient de plus en plus difficiles ; elle fut obligée de s'aliter ; elle fut admise dans le service de M. Cusco, le 12 octobre 1860, six mois après l'accident.

Le prolapsus do l'utérus était alors tellement considérable, qu'il ressemblait à un pénis et rappelait la fausse hermaphrodite dont parle Saviard; on essaya successivement le pessaire en gimblette et celui du docteur Gariel, qui ne purent contenir l'organe. C'est alors que M. Follin, qui avait succédé à M. Cusco, décida l'emploi do l'appareil de M. Grandcollot, le 26 novembre 1860. Ce moyen réussit à tel point, que, peu de jours après, la malade put reprendre son service d'infirmière, et ne l'a pas quitté depuis. Elle a été examinée, au mois de janvier 1861, par MM. Cloquet, Dubois, Moreau, Trousseau, Ricord et Huguier. Lorsqu'on enlevait l'appareil, et que la malade faisait un léger effort, l'utérus se précipitait aussitôt hors de la vulve, où il faisait une saillie de 7 à 8 centimètres. J'ai constaté son état beaucoup plus tard, le 27 septembre dernier. L'utérus était déjà beaucoup moins mobile, et même ne sortait plus par la vulve quand cette jeune fille restait sans appareil.

Depuis lors, elle l'a quitté plusieurs fois, pendant deux ou trois jours, et elle a pu se livrer aux travaux pénibles de sa profession sans que l'utérus se soit déplacé de nouveau.

Obs. III. Une femme, âgée de trente-huit ans, fut affectée, il y a douze ans, d'un prolapsus considérable do l'utérus, à la suite d'un accouchement laborieux. Elle fit usage de pessaires circulaires, qui d'abord contenaient assez bien la tumeur, et fut infirmière à l'Hôtel-Dieu, dans les services de MM. Guérard et Trousseau ; puis elle fut admise à la Salpêtrière, le 4 avril 1861, dans le service de M. Cazalis, toujours en qualité d'infirmière. Pour contenir l'utérus, elle avait été obligée de grossir peu à peu le volume de ses pessaires, et elle avait fini par en placer d'énormes, qui devenaient insuffisants et lui causaient de grandes souffrances.

M. Cazalis crut devoir lui faire suspendre l'emploi de tous ces moyens. Elle n'en continua pas moins à faire son service d'infirmière, mais au prix de vives douleurs et d'un dépérissement considérable. Le 1er juillet 1861, M. Cazalis voulut essayer l'emploi du pessaire articulé de M. Graudcollot, qui fut bien supporté, et calma immédiatement toutes les souffrances. Depuis lors, la malade n'a cessé de faire le service pénible d'infirmière et se porte très-bien. J'ai constaté son état le 27 septembre 1861 ; il est des plus satisfaisants.

Obs. IV. Une femme, âgée de trente-trois ans, a été admise à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, le 17 septembre dernier, pour y être traitée d'un prolapsus complet de l'utérus, à la suite d'un premier accouchement ; elle avait d'abord été affectée, il y a vingt ans, d'un abaissement léger, que j'avais traité à l'hôpital Beaujon par le pessaire ordinaire. Guérie en apparence, au bout de quelques mois, elle en suspendit l'usage et fut, pendant quinze années, dans un état très-satisfaisant. Mais, en 1854, à la suite d'un effort violent, la matrice s'échappa brusquement à travers la vulve, et, depuis ce temps, elle n'a pu être maintenue par aucun moyen.

Lors de l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, l'organe faisait, à l'extérieur, une saillie de 6 centimètres. L'hytéromètre s'y engageait à la profondeur de 12 centimètres. J'appliquai d'abord un pessaire en cuvette à une ceinture hypogastrique par une tige rigide, mais il ne put être supporté. Le 9 novembre, j'eus recours au pessaire articulé de M. Grandcollot, et de suite la femme put se lever, marcher et se baisser, exécuter, en un mot, sans douleur, toute espèce de mouvement.

Aucun accident no s'est manifesté depuis. La malade continue l'emploi de ce pessaire.

Obs. V. Voici maintenant un cas de rétroflexion où l'appareil à tige mobile a été mis en usage avec un plein succès. Il m'a été communiqué par M. le docteur Follin, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Il s'agit d'une femme de trente ans, qui, à la suite de quatre accouchements et d'une fausse couche, souffrait d'une rétroflexion et d'un léger abaissement de l'utérus. Cette dame faisait usage, depuis quelques mois, de pessaires en gomme élastique en forme de cuvette ; mais ces pessaires, dont elle était forcée tous les deux mois d'augmenter le volume, étaient chassés du vagin lorsqu'elle faisait des efforts pour aller à la garde-robe ou se penchait en avant pour exécuter quelques-uns des travaux de son ménage.

L'appareil de M. Grandcollot a amené, à cet égard, un résultat très-satisfaisant. La malade, qui porte ce pessaire depuis deux mois sans accidents, peut aujourd'hui aller à la selle, faire tous les efforts, et prendre toute position, sans que l'instrument se déplace.

La gêne abdominale qui résulte de la phlegmasie chronique, cause de la rétroflexion, n'a point disparu, mais la malade, dont l'utérus est bien soutenu, peut maintenant se livrer à des travaux qu'elle n'osait pas entreprendre lorsqu'elle se servait de pessaires en caoutchouc.

Il me serait facile de grossir ce travail par un grand nombre d'observations analogues à celles que je viens de rapporter et tout aussi concluantes ; mais je crois devoir me borner à celles-ci.

Les détails dans lesquels je suis entré démontrent que l'appareil de M. Grandcollot, par la mobilité des pièces qui le composent, par l'élasticité de la tige qui supporte la cuvette, et la faculté que possède celle-ci de s'incliner dans tous les sens, paraît plus apte que tous les moyens connus à remédier aux déplacements considérables de l'utérus.

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle le 22 janvier, devant une assistance nombreuse, qui est venue lui donner ce témoignage de sympathie pour le zèle qu'elle apporte à remplir sa mission. Peu de Sociétés, en effet, déploient plus d'ardeur à concourir aux progrès de la science.

La séance a été ouverte par un discours du président sortant. M. Laborie, suivant l'exemple qui lui avait été donné par ses prédécesseurs, a résumé, dans une analyse rapide, les principales questions de chirurgie élucidées dans l'année ; c'est la meilleure manière de mettre en relief l'importance de ses travaux.

Le secrétaire, M. Bauchet, a lu ensuite le rapport sur le prix Duval, qui a été décerné à M. Alf. Fournier pour sa thèse sur la contagion de la syphilis. Le nombre et la valeur des travaux adressés ont engagé la Société à accorder, cette année, deux mentions honorables : la première a été donnée à M. Péan, pour sa thèse sur la scapulalgie ; la seconde à M. Eugène Nélaton, pour sa thèse sur les tumeurs myéoloplaxes.

Enfin, le secrétaire général, M. Broca, a lu l'éloge de M. Lallemand, membre honoraire de la Société. Dans ce discours, écrit dans un style vif et imagé, M. Broca a tracé, de main de maître, les qualités si remarquables qui distinguaient l'ancien professeur de Montpellier, son indépendance d'esprit, la diversité de ses aptitudes, la variété de ses connaissances, sa foi dans le progrès. Des applaudissements mérités sont venus le récompenser du soin qu'il avait apporté à ce travail.

Le nouveau bureau de la Société se compose de MM. Morel-Lavallée, président ; Depaul, vice-président ; Béraud et Foucher, secrétaires.

La Société s'est adjoint, dans une de ses dernières séances, comme correspondants nationaux : MM. Azam, Bourgeois, Closmadeuc, Philippeaux, Raimbert, Silbert, Thore et Tholozan ; comme correspondants étrangers : MM. Esmarck, Mac-Leod, Berhend, Michaelis, Piachaud.

La Société médicale des hôpitaux de Paris a reçu douze mémoires pour le *prix de la Société* ; en voici les titres :

1. Sur la nature et le traitement des affections rhumatismales. — 2. Du tannin comme succédané du quinquina, et de son emploi en thérapeutique. — 3. De l'angine de poitrine. — 4. Quelques observations sur divers états de la fièvre typhoïde. — 5. De l'alimentation dans la fièvre typhoïde. — 6. Etude clinique et pratique des applications thérapeutiques médicales du perchlorure de fer. — 7. Du typhus et de la fièvre typhoïde. — 8. De l'importance de la thérapeutique en médecine pratique. — 9. Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur le ramollissement du cerveau, principalement considéré chez le vieillard. — 10. De l'emploi médical des préparations arsenicales. — 11. De l'efficacité des larges saignées dans le traitement des phlegmasies pulmonaires. — 12. Du traitement des névralgies par l'émétique et le sulfate de quinine.

Les auteurs des mémoires 11 et 12 ont omis de joindre au manuscrit un pli cacheté contenant à l'extérieur le titre et l'épigraphe, et à l'intérieur le nom et

l'adresse ; ils sont priés d'envoyer au plus tôt cette note complémentaire à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société.

L'Académie royale de médecine de Belgique a mis au concours pour les années 1862 à 1864 les questions suivantes :

Première question. — « Démontrer par l'examen critique des travaux existants et par de nouvelles recherches la formation des globules du sang. » — Prix : une médaille de 1,500 francs. — Clôture du concours, 15 juin 1864.

Deuxième question. — «De l'opium dans la pratique obstétricale, en se basant sur des faits cliniques et en envisageant la question au point de vue de la grossesse, de l'avortement, de l'accouchement à terme, de la délivrance, des couches, etc. » — Prix : une médaille de 600 francs. — Clôture du concours, 15 juin 1863.

Troisième question. — « Faire l'histoire chimique de la digitaline, en établir nettement par de nouvelles expériences les caractères distinctifs et la composition. Exposer un procédé simple et facile pour son extraction. Le procédé doit être de nature à donner un produit constant et défini. Un échantillon du produit devra être fourni à l'appui du mémoire. » — Prix : une médaille de 500 francs. — Clôture du concours : 20 octobre 1862.

Quatrième et cinquième question. — Deux prix d'encouragement, de 300 francs chacun, seront décernés aux auteurs des deux mémoires manuscrits sur la médecine pratique ou la thérapeutique appliquée que l'Académie aura reçus avant le 15 juin 1863, et qu'elle aura d'ailleurs jugés dignes d'obtenir ces récompenses. Les médecins belges de naissance ou par naturalisation sont seuls admis à concourir pour ces prix.

Sixième question. — Un prix de 500 francs sera décerné au médecin qui aura transmis, avant le 15 juin 1863, un travail inédit réellement utile pour élucider les causes ou améliorer le traitement des maladies auxquelles les ouvriers travaillant dans l'intérieur des houillères de notre pays sont particulièrement exposés.

Ce prix est créé au nom de la Commission administrative des caisses de prévoyance des ouvriers mineurs des bassins de Mons et de Charleroi.

A la suite d'un concours sur la question de la diphthérie, la Société médicale d'Indre-et-Loire, dans sa séance annuelle de décembre 1861, a réservé le prix, consistant en une médaille d'or, qu'elle avait proposé, et a décerné : 1° Une médaille d'honneur en vermeil, à M. Jardin, médecin à Vallignières (Gard); 2° Deux mentions honorables : l'une à M. Chonnaux-Dubuisson, médecin à Villers-Bocage (Calvados); l'autre à M. le docteur Hulin-Origet, de Chalonnes (Maine-et-Loire).

L'Académie des sciences, belles-lettres, arts, etc., du département de la Somme met au concours pour 1862 : « Une étude sur la vie et les ouvrages du docteur Duméril, » né à Amiens, et dont le Conseil municipal, par une décision récente, a donné le nom à l'une des rues de la ville. L'Académie convoque les amis de la science à la seconder, en honorant le souvenir de Duméril, dans un travail où l'art d'écrire devra s'allier à la solidité des connaissances scientifiques. Le prix sera une médaille d'or de 500 francs. Les pièces soumises au concours devront être adressées au secrétaire perpétuel avant le 1er juillet 1862.

Par arrêté du 14 janvier, le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé membres de la Commission chargée de réviser le *Codex* ou *Pharmacopée française* et de préparer une nouvelle édition de cet ouvrage, M. Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la même Faculté.

Sur un rapport favorable du Conseil de santé des armées, et par une décision en date du 22 janvier 1862, le ministre de la guerre vient d'adopter, pour les principales bibliothèques du service des hôpitaux militaires, le *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, du docteur Deval.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Des propriétés physiologiques et médicinales du sulfate d'aniline, et de son emploi dans le traitement de la chorée.

Par M. le docteur J. Turnbull, médecin à l'infirmerie royale de Liverpool.

Les recherches thérapeutiques forment une branche de la médecine d'un très-grand intérêt pratique, mais qui est restée jusqu'à présent un champ relativement négligé. La pathologie, d'autre part, a été depuis longtemps cultivée avec beaucoup de soin et d'ardeur, au grand avantage de la science médicale. Sans vouloir, bien entendu, détourner les esprits de ce dernier objet, ni en déprécier l'importance, nous croyons pouvoir dire que, au point où en sont arrivées actuellement les connaissances acquises en pathologie, nous devons donner à nos recherches une autre direction, si nous voulons faire avancer la pratique de la médecine. Lorsque nous tournons notre attention vers les progrès qu'a faits la chimie organique dans ces dernières années, en mettant au jour un grand nombre de corps dont l'action sur l'économie animale nous est encore complétement inconnue, nous ne pouvons guère douter que des découvertes utiles ne fussent le prix d'investigations expérimentales sur les propriétés physiologiques et médicinales de tels agents.

La grande importance de la thérapeutique et la négligence imméritée où est abandonnée cette branche de la médecine pratique, ont été exposées avec beaucoup d'autorité dans un remarquable discours sur la Thérapeutique, par M. Christison, dans l'assemblée de l'Association médicale britannique tenue à Edimbourg en 1858. L'auteur, dans ce discours, exprimait la conviction que d'importantes découvertes étaient réservées à ceux qui se consacreraient avec zèle aux recherches thérapeutiques.

Dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant une des sections de l'Association britannique pour l'avancement de la science, dans son assemblée à Liverpool en 1854, un point sur lequel j'ai appelé l'attention, c'est que, selon toute probabilité, un examen approfondi des propriétés des alcaloïdes artificiels pourrait mettre au jour quelques remèdes utiles. Nous savons que ces alcaloïdes constituent une classe nombreuse, et nous avons tout lieu d'augurer qu'ils sont susceptibles de produire des effets puissants sur l'économie animale, d'après leur ressemblance sous le rapport de la constitution chimique avec les alcaloïdes végétaux, parmi lesquels

nous comptons nos plus précieux médicaments, tels que la quinine, tels aussi que la strychnine, l'atropine, la morphine, qui exercent une action si puissante sur le système nerveux. Ces considérations m'ont conduit à me livrer à quelques essais avec plusieurs de ces alcaloïdes artificiels, bien que la difficulté d'obtenir des agents auxquels jusqu'ici on n'a encore découvert aucun usage m'ait empêché de les expérimenter aussi largement que je l'eusse fait dans des conditions différentes.

Je vais aujourd'hui exposer les résultats que j'ai obtenus de l'emploi thérapeutique de l'aniline, un des mieux connus des alcaloïdes produits par l'art. J'ai administré le sulfate dans des cas nombreux de désordres nerveux et convulsifs, et j'ai trouvé qu'il donne lieu à des effets particuliers très-avantageux. Dans cette maladie singulière connue sous le nom de *danse de Saint-Guy* ou de *chorée*, laquelle est caractérisée par des contractions involontaires et désordonnées des muscles, j'ai eu recours au sulfate d'aniline avec d'excellents résultats, et dans plusieurs cas très-graves de cette maladie le succès est venu couronner mes tentatives.

L'aniline est un alcaloïde huileux volatil, qui forme des sels cristallisables avec la plupart des acides. Pour le chimiste, c'est un corps très-intéressant, parce qu'il forme des composés nombreux avec d'autres corps, et que son radical, la phényle, le rattache non-seulement à l'indigo et à ses dérivés, mais aussi à l'acide carbolique, qui est l'oxyde hydraté de phényle, et à la benzoïle et la salicyle. Il existe plusieurs procédés pour la préparation de l'aniline. On peut l'extraire de l'indigo, en distillant ce corps seul ou avec de la potasse. On peut l'obtenir aussi en chauffant l'isatine avec de la potasse. Elle existe dans le coaltar, au moyen duquel on la prépare actuellement dans de grandes proportions, dans le but de se procurer certaines substances tinctoriales.

Deux circonstances me conduisirent à faire l'essai de l'aniline comme agent médicinal, savoir : le fait que c'est un alcaloïde, duquel j'inférai qu'elle pourrait agir avec énergie sur l'économie animale et probablement sur le système nerveux ; et le fait de sa présence dans l'huile animale de Dippel, un vieux remède antispasmodique. Cette huile, nous dit Pereira, est indubitablement un agent d'une grande puissance. Ingérée à doses modérées, elle stimule les systèmes vasculaire et nerveux, et elle est regardée comme antispasmodique. D'après le même auteur, elle a été employée dans l'hystérie et d'autres affections du système nerveux accompagnées de mouvements convulsifs. Il existe dans cette huile d'autres alcaloïdes, la

pyridine, la picoline, la lutidine et la collidine, auxquels ses propriétés sont également dues; mais cette circonstance que l'aniline y tient le principal rang est une des raisons qui me conduisirent à expérimenter le sulfate de cet alcaloïde artificiel.

La chorée est une affection convulsive particulière du système nerveux qui, chez le plus grand nombre des sujets, cède aux moyens auxquels les médecins ont recours pour le traitement de cette maladie. Il se rencontre parfois, néanmoins, des cas très-rebelles qui résistent à tous les moyens connus; pour ma part, j'ai eu occasion d'en observer un d'une extrême intensité, où tous les remèdes habituellement usités restèrent impuissants à amener la plus légère amélioration; et comme l'épuisement des forces paraissait imminent, ce cas me parut très-favorable pour tenter mon premier essai avec le sulfate d'aniline. Les symptômes commencèrent à s'amender avec rapidité, et la malade s'étant rétablie parfaitement, ce fut pour moi un encouragement à expérimenter le même agent dans d'autres cas, où son emploi fut également suivi de succès.

Je vais consigner ici un compte rendu succinct de ces cas, au nombre de six.

Cas. I. *Chorée, avec mouvements spasmodiques très-violents, perte de la parole, etc.; traitement sans succès par les purgatifs, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, le sulfate de zinc, les douches, etc.; guérison rapide par le sulfate d'aniline.*—Anne P***, jeune fille âgée de treize ans, fut admise dans mon service, à l'infirmerie royale de Liverpool, le 7 juin 1860, pour des mouvements spasmodiques involontaires caractérisant la danse de Saint-Guy, et qui affectaient tous les membres. Elle était malade depuis trois mois. Elle fut d'abord traitée par des purgatifs, puis successivement par l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, les douches, moyens qui fréquemment sont d'une grande utilité, et en dernier lieu par le sulfate de zinc. Aucun de ces remèdes, toutefois, ne paraissait agir avec avantage. Au contraire, elle allait de plus en plus mal, et la violence des mouvements convulsifs devint telle, qu'il fallut la faire rester au lit, où même il n'était rien moins que facile de la retenir. De plus, l'influence de la volonté sur la motilité de la langue était perdue, à ce point qu'il était impossible à la malade de prononcer nettement aucune parole. Le 6 août, deux mois après son entrée à l'hôpital, et cinq mois à partir du commencement de la maladie, les mouvements convulsifs qui agitaient tout son corps et jetaient ses membres dans tous les sens, étaient devenus si continuels, qu'il y avait lieu de craindre l'épuisement de la force vitale, comme il arrive quelquefois dans cette singulière maladie. En conséquence, ayant déjà employé les moyens ordinaires sans aucun résultat avantageux, je regardai ce cas comme favorable pour l'essai d'un nouveau remède. Un grain de sulfate d'aniline fut prescrit en solu-

tion, avec un peu d'acide sulfurique, et répété trois fois dans la journée. En trois jours il y eut une diminution prononcée dans la violence des mouvements, ensuite l'amélioration continua d'une manière graduelle. La quantité du médicament fut alors portée à deux grains; mais, à cette dose, il donna lieu à une certaine dépression et à une coloration bleue particulière des lèvres, que j'ai depuis remarquée dans plusieurs autres cas. En raison de ces phénomènes, l'administration du sulfate d'aniline fut suspendue pendant deux jours, puis reprise à dose plus faible. Le 30 août, la jeune malade était assez bien rétablie pour pouvoir marcher. Les mouvements de la langue étaient également redevenus normaux : elle pouvait porter cet organe hors de la bouche et le rentrer suivant son désir, et elle avait recouvré l'usage de la parole. Le 10 septembre, les membres, complétement soumis à l'empire de la volonté étaient à très-peu de chose près parfaitement tranquilles, et la malade pouvait être considérée comme guérie.

Ce fut le succès obtenu dans ce cas qui m'engagea à recourir au même agent dans le cas suivant, qui n'offrait pas, toutefois, un égal degré de résistance et d'intensité.

Cas. II. *Chorée affectant le côté gauche principalement; traitement par les purgatifs et le sulfate d'aniline; guérison parfaite en vingt et un jours.*—Mary Anne H***, jeune fille de complexion délicate, âgée de dix-huit ans, entra à l'hôpital le 30 août, alors que la malade précédente était encore en traitement. Elle avait des mouvements convulsifs dans tous les membres; mais le côté gauche était le plus affecté. Il y avait douze mois qu'elle ne voyait pas ses règles. Comme elle était constipée, je commençai le traitement par l'administration d'une poudre composée de jalap et de calomel; après quoi je prescrivis 1 grain de sulfate d'aniline à prendre trois fois dans la journée. La dose fut plus tard portée à 1 grain et demi. Elle se rétablit rapidement, et elle présenta le même aspect bleu des lèvres, qui avait été remarqué dans le cas précédent. Le 20 septembre, à peine si elle avait encore quelque mouvement involontaire, et elle était si bien, elle avait les mains si sûres, qu'elle pouvait travailler au crochet. Les règles continuant à manquer, le sulfate d'aniline fut remplacé par une mixture ferrugineuse avec une décoction d'aloès, et la malade sortit de l'hôpital pour être traitée aux consultations.

Cas III. *Chorée avec mouvements spasmodiques de la face et des membres, suite de frayeur; traitement par le sulfate d'aniline; guérison en quatorze jours.*—Martha G***, jeune fille ayant l'aspect de la santé, âgée de dix-sept ans, fut admise le 20 décembre 1860, pour des mouvements spasmodiques très-violents dans tous les membres ainsi que dans la face. Un mois auparavant, elle avait éprouvé une vive frayeur, qui avait déterminé l'apparition des mouvements involontaires, d'abord dans le côté droit. Elle avait reçu les soins d'un médecin depuis le début de la maladie; mais malgré le

traitement institué, elle allait de plus en plus mal. Toutes les fonctions s'accomplissaient d'ailleurs normalement : il n'y avait pas de constipation, et les menstrues étaient régulières. Un grain de sulfate d'aniline fut prescrit, trois fois dans la journée, comme dans les cas précédents. Le 24, il y avait moins de mouvements, et la dose fut portée à 2 grains. Les mouvements diminuèrent et disparurent graduellement, et le 3 janvier elle avait pu reprendre le travail à l'aiguille. Elle demanda elle-même à sortir de l'hôpital, se considérant comme parfaitement rétablie.

CAS IV. *Chorée affectant les membres thoraciques et abdominaux, et les muscles de la face ; traitement par les purgatifs et le sulfate d'aniline ; guérison.*— Margaret M. C***, jeune fille robuste, paraissant de bonne santé, âgée de onze ans, entrée le 27 avril 1861. Atteinte de mouvements spasmodiques dans la plupart des muscles volontaires, elle était malade depuis dix jours seulement ; mais elle avait déjà eu, deux ans auparavant, une attaque très-intense de la même affection, dont elle avait été traitée à l'infirmerie royale. Prescription : sulfate d'aniline, 1 grain et demi, trois fois dans la journée. D'abord les symptômes ne diminuèrent pas, et le 5 mai les mouvements choréiques étaient devenus très-violents et tout à fait immaîtrisables ; la jeune malade était obligée de garder le lit. Administration d'une poudre purgative. Le lendemain, les lèvres, la face et même les mains offraient la teinte bleue déjà notée, mais plus foncée que je ne l'ai observé dans aucun autre cas (on avait administré par erreur une dose de sulfate d'aniline double de celle qui avait été prescrite) ; mais en même temps, il y avait une diminution des mouvements, et la malade put dès lors se lever et marcher un peu. La chorée s'amenda ensuite graduellement, et le 6 juin il restait à peine un peu d'agitation.

CAS V. *Chorée avec ses symptômes ordinaires ; traitement par le sulfate d'aniline et un purgatif ; guérison.*— Mary Jane W***, âgée de treize ans, entrée le 21 mai 1861, avec des mouvements saccadés affectant principalement le bras et la jambe du côté droit. Elle était malade depuis trois mois, et avait déjà éprouvé une attaque semblable pour laquelle elle avait été admise dans mon service deux ans auparavant. L'état de la santé générale paraissait bon ; toutefois le tissu musculaire n'avait pas la fermeté qu'on observe chez les personnes bien portantes. La langue n'étant pas nette, j'ordonnai une poudre purgative : scammonée, calomel, rhubarbe et sulfate de potasse. Deux jours après, malgré l'effet du purgatif, il n'y avait aucune amélioration dans les symptômes choréiques. Le sulfate d'aniline fut alors prescrit à la dose de 1 grain et demi, trois fois dans la journée. Sous l'influence de ce traitement, les mouvements se calmèrent graduellement, et le 6 juin il ne restait à peu près rien des phénomènes convulsifs. Le 21 du même mois, elle fut renvoyée complétement guérie.

CAS VI. *Chorée avec mouvements convulsifs et paralysie incomplète des membres abdominaux ; impossibilité de parler ; guérison*

rapide sous l'influence du traitement par le sulfate d'aniline. — Elizabeth L***, âgée de seize ans, jeune fille maigre et délicate, admise le 22 avril 1861. Ce cas est un exemple du rapport qui a été signalé entre la chorée et le rhumatisme, car la jeune malade avait eu une attaque très-intense de cette dernière affection huit mois auparavant. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, elle avait commencé à avoir des mouvements involontaires dans les jambes, et pendant ce laps de temps, elle avait été en traitement dans un dispensaire. Cependant, elle s'était trouvée de plus en plus mal, à ce point qu'elle avait dû être transportée à l'infirmerie, ayant si complétement perdu la force des membres inférieurs, qu'elle était incapable de se tenir debout. Elle avait des mouvements choréiques dans les jambes, dans les bras, ainsi que dans la face, qui était aussi très-fortement affectée. Quand elle essayait de parler, elle faisait entendre un son particulier, qui avait quelque chose du gloussement, et c'est tout au plus si elle pouvait dire oui ou non. La langue n'était pas parfaitement nette, mais les garde-robes étaient régulières. Le pouls était à 100. Une dose de poudre composée de jalap et calomel; puis, sulfate d'aniline, 1 grain, trois fois dans la journée. Le 24 avril, la jeune malade était déjà beaucoup mieux et pouvait s'exprimer distinctement. Le 29, elle pouvait marcher, et les mouvements involontaires s'étaient notablement amendés. Le 9 mai, ces mouvements avaient presque complétement disparu, et elle aurait pu être renvoyée de l'hôpital, s'il n'eût pas paru préférable de l'y garder pour améliorer sa santé générale à l'aide d'un régime généreux et du porter, dans le but de prévenir la récidive. Le 20, il restait à peine quelque trace de la maladie; mais il y avait un peu de douleur rhumatismale avec du gonflement dans l'un des pieds et l'un des poignets. La quinine associée au fer fut administrée, et, grâce à ce traitement, ces derniers symptômes ayant disparu, le rétablissement fut complet.

Le sulfate d'aniline a été donné dans deux autres cas encore que j'ai eu occasion d'observer. L'un se trouvait dans le service de mon collègue le docteur Inman, et déjà l'on pouvait noter des effets avantageux très-marqués, lorsque, le médicament étant venu à manquer, il fallut continuer le traitement par d'autres moyens. L'autre cas appartenait au service de mon collègue le docteur Wose : une guérison lente, mais parfaite, fut obtenue à l'aide de l'agent qui fait l'objet de ce travail.

L'action favorable du sulfate d'aniline s'est manifestée d'une manière très-évidente dans deux cas intenses de danse de Saint-Guy : le premier et le sixième, dont j'ai donné les détails ci-dessus, étaient, en effet, aussi graves qu'aucun qui se soit jamais présenté à mon observation et où la guérison ait eu lieu. Les autres étaient des cas comme ceux que, chaque jour, on voit céder aux moyens ordinaires qui sont actuellement entre les mains des praticiens. La cho-

rée est une maladie qui, généralement, est justiciable des moyens de traitement qui sont à cette heure en notre possession. Des cas rebelles, toutefois, se rencontrent de temps à autre, dans lesquels la maladie ne cède que très-tard, ou même déjoue tout à fait nos efforts. Je l'ai vue se montrer fatale dans plus d'un cas, et le docteur Hughes, dans son *Relevé de cas de chorée*, publié dans le *Guy's hospital Reports*, en a cité seize qui ont eu une terminaison funeste. L'introduction d'un nouveau médicament qui paraît avoir sur la maladie une influence plus directe et plus puissante qu'aucun de ceux qui sont quant à présent à notre disposition, est donc capable de rendre service, et j'ai la confiance que mes confrères le trouveront digne de leur attention. Il ne semble pas improbable que ce même agent pourra aussi être employé avec avantage dans d'autres affections nerveuses. Je l'ai essayé dans plusieurs cas d'épilepsie, et, dans deux, il a paru être utile; mais je n'ai pas poussé ces expériences assez loin pour pouvoir le recommander avec confiance dans toute autre maladie que la danse de Saint-Guy.

Nous ne savons que bien peu de chose quant au *modus operandi* de la plupart de nos médicaments, et je ne suis nullement en mesure d'expliquer de quelle manière le sulfate d'aniline guérit la chorée. J'ai, cependant, quelques observations à présenter sur l'action physiologique de cette substance, desquelles nous pouvons inférer qu'elle est douée d'une influence directe sur le système nerveux; quelques observations aussi sur la modification temporaire remarquable que, dans le plus grand nombre des cas relatés, elle a imprimée à la coloration des lèvres et de la peau.

Action physiologique de l'aniline. — Comme nous savons que les alcaloïdes et leurs sels sont à peu près identiques dans leurs effets, nous ne pouvons guère douter que l'action physiologique de l'aniline et celle de son sulfate ne soient les mêmes, ou à très-peu de chose près. D'après Gmelin, un demi-gramme d'aniline introduit avec 1 gramme et demi d'eau dans l'estomac d'un lapin déterminèrent de fortes convulsions cloniques, puis une respiration laborieuse, la perte des forces, la dilatation des pupilles et l'inflammation de la membrane muqueuse buccale.

Le docteur Schuchardt [1] est arrivé, d'après une série d'expériences, aux résultats suivants : L'aniline peut agir d'une façon nuisible sur l'organisme animal, et à haute dose elle peut même causer la mort. Des grenouilles introduites dans une faible solution

[1] *British and foreign medico-chir. Review*, juillet 1861, p. 247.

d'aniline périrent dans des périodes variant d'un quart d'heure à deux heures et demie, et la mort fut aussi causée chez ces animaux par l'introduction d'aniline dans la bouche ou dans une plaie pratiquée sur le dos. Des lapins furent également empoisonnés par cette substance, un animal de petite taille succombant en six heures un quart par une dose de 50 gouttes, et un plus gros, en quatre heures, par une dose de 100 gouttes. Chez tous les animaux sur lesquels les expériences furent instituées, des spasmes cloniques et toniques violents suivirent l'administration de l'aniline, et continuèrent presque sans interruption jusqu'à la mort. Il y avait également perte de la sensibilité, commençant par les extrémités inférieures et s'étendant aux parties supérieures ; en même temps la température du corps se trouvait abaissée. En quelque point que l'aniline fût appliquée localement, sur une plaie à la partie postérieure du corps, sur l'estomac, à la partie postérieure de la langue, ou sur la conjonctive, des phénomènes d'irritation étaient observés, lesquels dépendent probablement de la propriété qu'a l'aniline de coaguler l'albumine. L'aniline n'a jamais été découverte dans les urines, et il est probable que cette substance est éliminée par les organes de la respiration plutôt que par la voie des reins.

J'ai fait prendre à un chien âgé de trois mois une demi-drachme de sulfate d'aniline, et les effets produits correspondirent, à beaucoup d'égards, à ceux observés par le docteur Schuchardt. Deux heures et demie environ après l'ingestion, l'animal eut des vomissements, puis des selles diarrhéiques une heure plus tard. Il devint triste, faible, tremblant; le pouls prit plus de rapidité; les pulsations du cœur s'élevaient à 148 par minute, en même temps la respiration était un peu laborieuse. Les pattes étaient froides, la langue offrait une coloration bleue, et les membres postérieurs étaient presque paralysés. Cinq heures après, il était très-faible, mais en voie de rétablissement, et le lendemain il avait recouvré l'appétit et toute sa vivacité.

Le sulfate d'aniline ne semble pas avoir le même effet d'irritation locale que détermine l'aniline elle-même. Mes observations propres me conduiraient à penser qu'il a une action directe sur le système nerveux. L'effet le plus frappant, toutefois, qu'il produit est cette altération visible dont il a été question dans le coloris des lèvres et de la face. Une coloration bleue particulière des lèvres, de la langue et des ongles, une teinte sombre de la peau du visage, ont été observées à un degré plus ou moins marqué dans la plupart des cas où une dose suffisante avait été prise d'une manière continue

pendant un certain temps. C'est un effet temporaire, qui a toujours complétement disparu dans l'espace de vingt-quatre heures, quand le remède a été supprimé. Dans un cas où une dose trop forte, ne dépassant pas d'ailleurs trois ou quatre grains, avait été prise, la coloration bleue des mains s'étendit jusqu'au-dessus des poignets. Il y eut aussi un certain état de dépression et de la céphalalgie dans quelques-uns de ces cas, symptômes qui, toutefois, disparurent lorsque le médicament fut discontinué. L'aspect bleuâtre, quoique semblable à celui qui se rencontre dans la bronchite chronique, paraît n'avoir aucun rapport avec la fonction respiratoire. Cette modification de la coloration tire son principal intérêt de ce fait que nous n'avons que peu d'exemples d'effets semblables résultant de l'emploi d'agents médicinaux. L'altération de couleur permanente de la peau, qui parfois résulte de l'emploi longtemps continué du nitrate d'argent, est à peine un phénomène analogue ; car, ici, l'oxyde d'argent se trouve déposé dans le tissu cutané, consécutivement à la décomposition du médicament sous l'influence de la lumière ; tandis que la teinte bleue qui se manifeste à la suite de l'administration interne du sulfate d'aniline semble dépendre d'une matière colorante qui se forme dans le sang, laquelle devient plus sensible à la vue dans les parties telles que les lèvres, qui sont revêtues d'une membrane muqueuse moins épaisse que la peau. L'effet de la garance, dont la racine est employée comme matière tinctoriale, et qui colore en rouge les os des animaux à la nourriture desquels on la mélange, est un phénomène qui offre plus d'analogie que le précédent avec celui qui nous occupe ; mais, l'action produite par l'acide carbazotique et les sels qu'il concourt à former, lesquels sont d'une couleur jaune foncée et donnent naissance à une coloration semblable de la peau, comme si les individus soumis à l'expérience avaient une jaunisse en quelque sorte artificielle, est, de tous les exemples qu'on pourrait citer, celui qui a le plus d'analogie avec l'influence colorante du sulfate d'aniline. Cette propriété dont est doué l'acide carbazotique de colorer en jaune, non-seulement les tissus, mais encore les liquides de l'économie, a été découverte par mon ami le docteur Moffat ; et il est digne de remarque que l'aniline et l'acide carbazotique sont tous deux des dérivés du même radical, la phényle.

Si la coloration bleue produite par le sulfate d'aniline n'est pas sous la dépendance d'un trouble de la respiration, nous avons à rechercher de quelle cause elle peut dépendre. Je pense qu'elle tient à ce que le sulfate d'aniline se trouve oxydé dans le sang et y pro-

duit une teinte bleue. Gmelin fait connaître un fait qui semble être une preuve à l'appui de cette interprétation, à savoir que, quand on fait chauffer une solution de sulfate d'aniline avec du peroxyde de plomb, et qu'on la porte à l'ébullition, un agent oxydant, l'acide carbolique, se dégage, et il se produit un liquide bleu qui a l'odeur de l'acide formique; ce liquide, plus tard, se décolore et donne de l'ammoniaque quand on le chauffe avec de la potasse. L'aniline, cela a été également établi, est un dérivé de l'indigo; et elle a des rapports avec plusieurs autres substances tinctoriales, la teinture mauve, par exemple, étant obtenue du sulfate d'aniline par l'oxydation de ce corps, au moyen du bichromate de potasse. Il est, en conséquence, probable que la coloration bleue temporaire qui nous occupe, dépend d'une matière colorante, d'une couleur, se formant par oxydation de l'aniline dans le sang.

Depuis que ce mémoire a été lu devant l'assemblé de l'Association britannique pour l'avancement de la science, à Manchester, il m'a été adressé un grand nombre de questions relativement, non-seulement à l'emploi de ce médicament dans des cas de chorée, dont quelques-uns avaient été rebelles et de longue durée, mais encore au degré d'utilité avec lequel il pourrait être appliqué au traitement d'autres affections nerveuses, et plus particulièrement de l'épilepsie, de la paralysie tremblante, de l'irritation nerveuse avec secousses de la tête, de l'asthme spasmodique, de la catalepsie, etc. Il faut du temps et des occasions d'administrer un remède dans des cas appropriés, pour qu'on puisse répondre à de telles questions, et quant à présent je ne suis en mesure d'affirmer qu'une seule chose, c'est que, d'après son action sur le système nerveux, je le regarde comme méritant d'être expérimenté dans les affections nerveuses chroniques de nature spasmodique ou convulsive. Ayant maintenant, toutefois, des occasions de connaître les résultats de son administration dans beaucoup de cas alliés de plus ou moins près à la chorée, je pense être en état, ultérieurement, de donner quelques renseignements concernant son utilité dans d'autres affections nerveuses. L'épilepsie est une de ces maladies réfractaires dans lesquelles il mérite spécialement d'être essayé, et j'ai déjà fait mention de deux cas où il a été prescrit avec un avantage marqué. J'ai été consulté par lettre, relativement à un cas d'irritation nerveuse de la tête, avec secousses fréquentes, où son administration a été suivie d'une grande amélioration. Enfin, depuis que ce travail a été écrit, j'ai eu occasion de traiter d'autres malades atteints de chorée, et les résultats obtenus ont tant de ressemblance

avec ceux rapportés plus haut, qu'il n'est pas nécessaire d'allonger ce mémoire en les faisant connaître plus longuement. Comme la paralysie tremblante est une affection dans laquelle il existe probablement toujours plus ou moins d'altération de tissu, nous ne pouvons espérer que le sulfate d'aniline puisse rendre quelque service dans le traitement de cette maladie, non plus que dans toute autre maladie du système nerveux dépendant d'une lésion organique de la substance du cerveau ou du cordon médullaire.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la sangsue artificielle (modèle du baron Heurteloup), et de son emploi dans le traitement des maladies des yeux.

Par M. le docteur L. Wecker.

Lorsque je suis arrivé à Paris, j'ai été fort surpris de voir si peu employé, dans le lieu même où il a pris naissance, un instrument qui jouit d'une grande réputation à l'étranger. La ventouse de M. de Heurteloup subit donc le sort de tant d'autres découvertes, elle ne sera acceptée dans le propre pays de l'inventeur qu'après avoir été employée et vantée par les médecins de tous les autres pays. Si nous pouvons contribuer à vulgariser son emploi en France, nous nous estimerons très-heureux, car nous sommes convaincu que cet instrument est destiné à rendre d'excellents services à la pratique, surtout pour le traitement des maladies des yeux.

Cet instrument se compose, ainsi que le montre la gravure ci-après, de deux parties principales : 1° d'une sorte de scarificateur, fig. 1, au centre duquel se trouve une petite lame D, ayant la forme d'un emporte-pièce, montée sur un tube A, fixé à l'aide d'une vis B dans une coulisse ; cette lame est mise en mouvement par le jeu d'une ganse C; 2° d'une pompe à succion, fig. 2, composée d'un cylindre en cristal et d'un bouchon B, s'appliquant très-exactement au tube en verre et se montant à l'aide d'un pas de vis A. Nous nous abstenons de plus grands détails, l'instrument étant connu; seulement nous devons rappeler que ses diverses parties doivent être fabriquées avec un grand soin; ainsi le moindre défaut de parallélisme dans les parois du cylindre peut faire échouer son application. Les modèles que nous avons trouvés chez M. Luër étaient d'une grande perfection.

L'application de l'appareil à succion, dans le traitement des maladies des yeux, se fait de préférence aux tempes; pour réussir à reti-

rer la quantité de sang voulue, il faut observer certaines précautions. On commencera par enlever avec un rasoir les cheveux sur une petite étendue pour y cacher la cicatrice, si toutefois il en résulte une, ou mieux pour éviter qu'un poil ne se place entre la peau et le cylindre, ce qui donnerait lieu à l'entrée de l'air dans ce dernier et empêcherait l'action de l'instrument.

Après avoir fait saillir la petite lame D dans la coulisse du scarificateur de 1 à 3 mil-

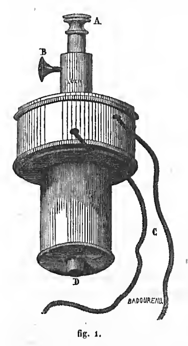


fig. 1.

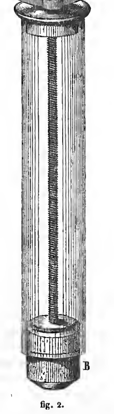


fig. 2.

limètres, selon l'épaisseur de la peau (fig. 1), on l'applique contre la tempe, et en tirant rapidement la ganse qui fait tourner la coulisse, on pratique une incision circulaire très-peu douloureuse; incision qui a à peu près 5 millimètres de diamètre. On se sera rendu compte de la direction des artères, afin de les éviter.

La section faite, on applique le cylindre qu'on aura eu soin de placer quelque temps à l'avance dans de l'eau tiède, pour faire gonfler le bouchon. De plus on peut encore enduire la surface de ce dernier qui doit être appliqué sur la petite plaie, d'une couche de savon ;

on rend ainsi son contact plus exacte et on empêche plus sûrement l'entrée de l'air dans le cylindre. Les premiers temps du mouvement de la vis peuvent se suivre assez rapidement, jusqu'au moment où la peau fait saillie dans le cylindre. Une fois que le vide commence à se produire entre le bouchon et la peau, les tours ne doivent plus être faits que très-lentement et à mesure que le vide produit est comblé par le sang. Alors surtout il faut éviter de presser l'instrument contre la tempe; il faut le tenir légèrement entre les doigts, et même de temps en temps l'attirer un peu à soi, pour ne pas comprimer les vaisseaux. Une autre précaution à observer est de ne faire jamais exécuter un second tour à la vis avant d'avoir vu se remplir de sang le vide que le précédent mouvement avait produit. La bulle d'air qui surnage le sang contenu dans le cylindre doit toujours garder les mêmes dimensions et n'être que très-petite. Souvent il faut beaucoup de patience pour parvenir à remplir un cylindre en entier, surtout si le malade a été effrayé par l'opération et que le sang afflue mal vers la petite plaie. Lorsqu'on a retiré la quantité voulue de sang (1 à 3 cylindres), on nettoie la plaie et on fait rentrer la petite hernie qui s'est produite à travers la plaie à l'aide d'une légère pression avec le pouce. Je n'ai pas encore vu saigner la plaie quand on emploie cette dernière manipulation, de même que je n'ai pas encore eu occasion de la voir suppurer, quoique j'aie bien des fois appliqué l'instrument moi-même, et que je l'aie vu, plus souvent encore, employer par d'autres. On doit recommander au malade de ne pas tirailler les cheveux qui le lendemain se sont collés sur la plaie, afin d'éviter de retarder sa cicatrisation.

La quantité de sang qu'on doit retirer chaque fois variera selon les différents cas de 30 à 100 grammes (c'est-à-dire de 1 à 3 cylindres), et les applications se succéderont à des intervalles de quatre à huit jours.

Un point important à observer dans le traitement des affections internes de l'œil est de ne faire l'application de l'appareil Heurteloup que le soir, au moment où le malade va se coucher, et de le tenir au lit, dans une pièce sombre, tout le jour suivant, pour faire disparaître l'action nuisible de l'hypérémie des vaisseaux du fond de l'œil, qui suit la déplétion des vaisseaux de la tempe. Ce n'est qu'en observant rigoureusement cette dernière condition qu'on peut obtenir tous les avantages que procurent ces applications. En voici le motif :

M. Schneller, de Dantzig, a expérimenté sur des lapins blancs, à

l'aide de l'ophthalmoscope, muni d'un micromètre, afin de mesurer le diamètre des vaisseaux de la choroïde, avant et après une déplétion pratiquée sur ces animaux. Voilà les résultats qu'il a obtenus : après une soustraction de sang d'à peu près 45 grammes faite sur une veine sous-maxillaire, il constatait les phénomènes suivants : pendant et immédiatement après la déplétion, une contraction des vaisseaux de la choroïde avait lieu, contraction qui était bientôt suivie d'une dilatation considérable. Lorsque cette dilatation avait persisté quelque temps, une contraction beaucoup plus prononcée que la première lui succédait pour disparaître peu à peu et faire place à l'état normal.

Comment s'expliquer ces différentes phases du phénomène? La première contraction est due à une diminution directe de la pression du sang; cette contraction des vaisseaux a pour résultat immédiat de provoquer une résorption assez prompte d'une partie des liquides contenus dans le globe, et d'amener par là une diminution de la pression intra-oculaire. Une fois la saignée terminée, le courant sanguin, gagnant de nouveau en force, déterminera, aidé par la diminution de la pression intra-oculaire, une dilatation des vaisseaux contractés, et cette expansion surpassera le diamètre normal. A la suite de cette dilatation des vaisseaux, une nouvelle transsudation de liquide dans le globe a lieu, qui, ramenant la pression oculaire à son état normal, ne tarde pas à produire une contraction des vaisseaux plus forte que la première, et cette contraction persistera tant que la pression du sang dans les vaisseaux n'aura pas regagné son ancien degré de force. Une fois cette pression revenue, les vaisseaux prendront leur ancien diamètre et l'harmonie entre la pression intra-oculaire et celle du sang dans les vaisseaux sera rétablie. Ces différentes phases, dont nous ne pouvons donner que cette explication un peu écourtée, ont été étudiées avec un grand soin par M. Schneller.

Quoique cette hypérémie secondaire (assez semblable à celle produite par une paracentèse) n'offre pas les dangers d'une exsudation inflammatoire, il n'en faudra pas moins éviter tout ce qui pourrait en prolonger la durée. Voilà pourquoi il faut écarter, pendant cette phase de dilatation des vaisseaux, tout ce qui peut troubler la circulation. Chez l'homme, cette phase dure beaucoup plus longtemps que chez l'animal, et se fait sentir à la suite des fortes déplétions à l'aide de la sangsue artificielle, par une sensibilité plus grande de la vue. C'est pourquoi M. de Graefe conseille depuis assez longtemps, de donner aux yeux un repos complet de vingt-quatre heures, dans

une pièce sombre, après chaque application de la sangsue artificielle; surtout lorsqu'on a employé ce moyen pour combattre les hypérémies internes de l'œil, etc. Ce n'est que la seconde phase de contraction des vaisseaux, qui a une action thérapeutique [1].

Ces détails, sur les modifications que la circulation intra-oculaire subit à la suite des saignées faites à la tempe, paraîtront un peu longs à quelques-uns de nos lecteurs; ils m'ont paru toutefois indispensables pour légitimer ce repos prolongé, sans lequel le malade ne retirerait aucun bénéfice de la médication.

Quant à ceux que nous avons donnés sur l'application de l'appareil Heurteloup, ils seront acceptés avec plus d'empressement; car si on ne s'est pas rendu compte des moindres difficultés qu'on peut rencontrer dans le jeu de l'instrument, on échoue. Il faut même avoir appliqué plusieurs fois déjà l'appareil Heurteloup pour arriver à le manier avec succès. Voilà probablement la cause pour laquelle cet instrument est moins employé dans la pratique privée que dans les cliniques ophthalmologiques, où une même personne est chargée de son application et parvient bientôt à s'en servir avec facilité.

Les avantages que nous lui connaissons sont multiples :

1° On peut retirer facilement, dans un espace de temps très-court, sur une superficie très-restreinte, une grande quantité de sang;

2° L'afflux du sang vers la petite plaie est très-considérable, à cause de la succion énergique produite par le cylindre;

3° Le mode de déplétion semble avoir une action presque spécifique sur la congestion des vaisseaux profonds de l'œil, et surtout de ceux de la choroïde;

4° L'application de cet appareil ne cause que très-peu de douleur et d'ennui au malade.

Voyons maintenant les cas dans lesquels les bons effets de l'application de l'appareil à succion seront le plus prononcés. Ce sont : A, les maladies de la choroïde; B, les maladies de la rétine; C, les amblyopies et les amauroses résultant d'une lésion extra-oculaire (amaurose cérébrale); D, les amblyopies et les amauroses sans altération quelconque du fond de l'œil et qui sont dues à des intoxications ou à des troubles de la circulation générale, troubles qui nous sont encore inconnus.

A. Quant à ce qui regarde les affections inflammatoires de la choroïde, dont nous avons à dire quelques mots, elles peuvent être plus ou moins localisées autour de la papille (sclérotico-choroïdite, sta–

---

[1] *Archiv, für Augenheilkunde, B. III, Abth. II*, p. 177.

phylôme postérieur), ou près de la tache jaune; dans d'autres cas, nous trouvons des exsudations dispersées sur toute l'étendue de la choroïde (choroïdite disséminée). Ces cas s'accompagnent le plus souvent d'une altération morbide du corps vitré (opacités) et se compliquent assez fréquemment, alors qu'une extension du globe oculaire a lieu, d'un décollement de la rétine, décollement qui très-souvent n'est que la conséquence purement mécanique de l'allongement du globe.

Nous ne pouvons pas entrer ici dans de plus grands détails; disons seulement que, selon la gravité des altérations et leur siége, nous trouvons une amblyopie plus ou moins prononcée, qui peut aller jusqu'à donner une amaurose complète. Dans tous les cas, l'appareil Heurteloup, appliqué à différentes reprises, est le moyen le plus efficace pour débarrasser la choroïde de son excès de sang, de faire rétrograder et résorber les exsudats produits dans cette membrane et ceux du corps vitré et de prévenir quelquefois même les suites si funestes du décollement de la rétine.

Nous ne prétendons nullement vouloir prouver les bons effets d'une seule application de l'appareil Heurteloup en constatant, à l'aide de l'ophthalmoscope, une diminution de la congestion des vaisseaux de la choroïde. C'est peut-être ce qu'il y a de plus difficile pour l'ophthalmoscopie, que de se rendre compte s'il y a congestion des vaisseaux de la choroïde ou non, surtout si les deux yeux sont atteints, car alors tout point de comparaison nous manque. Mais nous avons très-souvent vu des malades atteints de choroïdite et d'une amblyopie consécutive très-prononcée, qui leur permettaient seulement de lire le numéro 18 ou 16 des épreuves de Jaeger, pouvoir, peu après l'application de l'appareil Heurteloup, lire des caractères qui correspondent au numéro 14 ou 12 de Jaeger. Ces résultats, en se répétant après chaque nouvelle application, deviennent, par là, trop évidents pour être niés. Après avoir répété l'application de quatre à six fois, nous avons assez souvent vu se résorber des opacités diffuses du corps vitré, des taches d'exsudations sur la choroïde et en même temps la vue devenir plus nette. Ce sont non-seulement nos propres observations auxquelles nous nous en rapportons, il y en a bien d'autres qui confirment ce que nous venons de dire. Nous en trouvons des exemples concluants dans les faits cliniques publiés dernièrement par MM. Pagenstecher et Saemisch [1],

---

[1] *Klinische Beobachtungen aus der Augenheilanstalt zu Wiesbaden, mitgeltheilt von. Hofrath Dr Pagenstecher u. Dr Th. Saemisch,* Wiesbaden, 1861.

et nous en extrayons comme preuve les trois observations suivantes.

Obs. I. M. M***, de Manheim, est atteint d'une sclérotico-choroïdite des deux yeux qui, dans l'œil gauche, s'étend jusqu'à la tache jaune. Le malade lit en entrant dans le service, avec l'œil droit le numéro 1 de Jaeger, à une distance de 1 pouce 1/2 à 2 pouces, avec l'œil gauche il ne lit que le numéro 16; un scotôme central existe de ce côté. Lorsque le malade quitte le service, l'œil droit n'offre pas de changements dans ses fonctions; avec l'œil gauche, le malade lit la plupart des mots du numéro 1 de Jaeger. Le nuage sur cet œil a tellement diminué, qu'il lui est possible de voir à travers celui-ci. L'examen à l'ophthalmoscope ne fait voir aucun changement survenu depuis le premier examen. — *Traitement :* Application de l'appareil Heurteloup, quatre fois; pilules de sublimé.

Obs. II. M. H***, de Manheim. Sclérotico-choroïdite des deux côtés, s'étendant à droite, jusqu'à la tache jaune. Le malade lit en entrant dans le service avec l'œil gauche le numéro 1, à une distance de 1 3/4 à 3 pouces; avec l'œil droit, il ne peut distinguer que le numéro 18. Scotôme central de ce côté. En quittant le service, le malade lit avec l'œil droit le numéro 3 (l'œil est ambliopique, à la suite d'anciennes taches de la cornée); à gauche, pas de changement. On a pu observer dans ce cas la résorption successive et complète d'une apoplexie choroïdienne qui environnait la tache jaune de l'œil droit. — *Traitement :* Appareil Heurteloup, cinq fois; pilules de sublimé; bains de pieds irritants.

Obs. III. Mme de H***, de Saint-Pétersbourg. Sclérotico-choroïdite postérieure des deux côtés; à droite la maladie a presque gagné la tache jaune, et il existe de ce côté un scotôme central. La malade, en entrant dans le service, distingue avec l'œil droit seulement quelques lettres du numéro 13; avec l'œil gauche, le numéro 1 à une distance de 3 à 5 pouces. En quittant, la malade lit avec l'œil droit le numéro 2 couramment et quelques mots du numéro 1. Pas de changements pour l'œil gauche.—*Traitement :* Appareil Heurteloup, six fois; pilules de sublimé.

Ces observations, auxquelles j'en pourrais encore ajouter bien d'autres, démontrent l'efficacité de cette médication. Certes, il serait à désirer qu'on pût se rendre compte d'une manière exacte comment cette méthode de déplétion agit sur les vaisseaux profonds de l'œil; mais, jusqu'à présent, nous ne pouvons que constater le fait.

Il faut ajouter encore que nous avons toujours remarqué que l'administration des mercuriaux, du sublimé surtout, aidait beaucoup les effets de l'action de l'appareil Heurteloup, spécialement dans les cas de choroïdites disséminées.

B. Les maladies de la rétine, dont nous avons à nous occuper ici,

sont principalement la rétinite simple, la rétinite apoplectiforme et le décollement de la rétine. Les affections de la rétine avec exsudation diffuse dans cette membrane, ou avec exsudat sous forme de petits points blanchâtres, ou de petites plaques, s'observent très-fréquemment là où il y a trouble de la circulation (maladies du cœur, affections de la matrice). Dans une autre série de cas, ces affections sont la conséquence d'une irritation directe des membranes profondes de l'œil, telle qu'un excès de lumière, l'action prolongée et continue d'un éclairage artificiel intense. Dans tous ces cas, on peut attendre de très-bons résultats de l'appareil Heurteloup, si toutefois la maladie n'existe pas depuis trop longtemps et s'il n'y a pas déjà des lésions graves dans le tissu délicat de la rétine. Nous pouvons dire la même chose de la rétinite apoplectiforme, sans complication de maladie de Bright.

Quant à ce qui regarde les décollements de la rétine, ils sont dus presque uniquement à des altérations de la choroïde et aux changements qui ont eu lieu dans le corps vitré (opacités).

Nous en avons déjà parlé en exposant les bons effets qu'on peut tirer de l'application de l'appareil Heurteloup dans ces affections. Je regarde ce moyen comme le plus efficace encore pour arrêter les progrès quelquefois si rapides de cette funeste maladie. Voici une observation qui le prouvera de nouveau.

Obs. M. B***, trente-quatre ans, rue Louis-le-Grand, 27, vint me consulter pour une diminution très-rapide de sa vue. Il y a dix-huit mois, il avait perdu son œil gauche dans l'espace de huit semaines, quoiqu'il fût traité alors par un des plus habiles oculistes de Paris. Un décollement complet de la rétine existait du côté gauche, et une cataracte s'était développée dans cet œil. La veille du jour que le malade vint me consulter, un décollement de la rétine s'était manifesté dans l'œil droit, et lorsque je l'examinai, la lésion avait déjà gagné le quart externe et inférieur du globe. Outre cette altération, je pus constater une sclérotico-choroïdite peu étendue, des opacités floconneuses dans le corps vitré ramolli et un état de myopie très-prononcé. Je conseillai au malade de se faire appliquer le soir même l'appareil Heurteloup, ce qui ne lui fut pas possible, de sorte qu'il fallut remettre l'application au lendemain soir. Lorsque j'examinai le malade, le jour suivant, le décollement avait fait des progrès très-rapides et avait envahi presque toute la partie inférieure du globe. Le soir je tirai au malade deux cylindres et demi de sang du côté droit, en lui ordonnant le repos le plus complet pour le lendemain. Les applications de l'appareil Heurteloup furent répétées encore cinq fois, en même temps le malade prenait des pilules de 8 milligramme de sublimé et des bains de pieds avec 30 grammes d'eau régale. Un séton fut placé à la nuque trois mois après le

début du traitement, et le confrère qui nous avait adressé le malade lui fit subir un traitement tonique. A partir du jour où la première saignée avec l'appareil Heurteloup fut pratiquée, non-seulement le décollement n'a pas fait de progrès, mais une partie de la rétine soulevée s'est réunie de nouveau, de sorte que le malade n'a perdu de son champ visuel que la partie supérieure interne et une petite partie du quart externe (correspondant à un décollement de la partie inférieure externe et d'une petite partie du quart inférieur interne).

Depuis trois mois l'état n'a pas changé. Ce résultat est naturellement encore peu satisfaisant, parce qu'il ne donne au malade aucune garantie de conserver le reste de sa vue; mais si l'on considère la rapidité avec laquelle le malade a perdu son œil gauche, et les progrès rapides que le décollement avait fait dans l'œil droit, on peut se montrer satisfait de ce résultat; aussi le malade l'apprécie-t-il parfaitement.

C. Dans les amblyopies et les amauroses résultant d'une lésion extra-oculaire (amaurose cérébrale), la papille nous montre tous les degrés d'une atrophie, plus ou moins prononcée, de son tissu nerveux. L'application de l'appareil Heurteloup ne donnera naturellement pas de si heureux résultats, car la maladie et son siége peuvent varier de diverses manières et se montrer très-peu favorables à toute tentative de thérapeutique. Néanmoins, il y a des cas où notre intervention est moins impuissante. Ce sont ceux où, à la suite d'une inflammation, le plus souvent chronique, des membranes du cerveau, (méningite chronique) des exsudats exercent une compression sur le nerf optique. Dans ces cas, l'application de l'appareil Heurteloup donne encore des résultats assez satisfaisants.

Si la compression est due à une exostose de la base du crâne, ou à une lésion qui a son siége dans cette région, ou dans le cerveau même (une tumeur par exemple), il est facile de comprendre que nos efforts thérapeutiques échoueront presque toujours. Et pourtant ce serait encore aux applications réitérées de l'appareil Heurteloup et à l'application d'un séton à la nuque auxquelles j'aurais recours avec le plus de confiance.

D. Les amblyopies et les amauroses, sans altérations du fond de l'œil, causées par des intoxications ou par des troubles de la circulation qui nous sont encore inconnus, forment la dernière catégorie de maladies dont nous avons à nous occuper. On rencontre ces affections chez les sujets qui font abus de boisssons alcooliques ou de tabac. On les a vu également survenir chez des personnes auxquelles on avait donné de hautes doses de quinine. M. de Graefe rapporte deux observations très-curieuses d'amaurose consécutive à l'administration de sulfate de

quinine à haute dose. Faisant allusion à ces amauroses, notre honoré maître s'exprime ainsi, quant à la valeur de l'appareil à succion : « J'ai recours à la sangsue de Heurteloup dans toutes les amauroses dont on ne peut donner une explication précise, comme une sorte de réactif qui doit nous indiquer la possibilité d'un succès thérapeutique, et je procède de la manière suivante : Avant l'application de la sangsue Heurteloup, de même qu'après l'application de cet appareil, j'examine avec soin la sensibilité du malade pour la lumière. Si je trouve qu'aucun changement ne s'est produit à la suite, je m'abstiens, dans les cas de cécité complète, de toute autre tentative thérapeutique [1]. »

Dans un des cas que notre honoré maître rapporte, l'amaurose complète de l'œil droit était survenue à la suite de l'administration de hautes doses de quinine. Dès la première application de l'appareil Heurteloup (en retirant 120 grammes de sang), une très-faible perception de la lumière se manifesta chez le malade, de sorte qu'il put distinguer les mouvements d'une main dans une partie très-restreinte de son champ visuel. Une seconde application de l'appareil fut faite quatre jours après, et le malade commença alors à distinguer les doigts à une distance de 1 à 3 pieds. Pour me convaincre que cette amélioration était due à l'action de l'appareil Heurteloup, on suspendit la troisième application pour voir si par hasard la maladie ne disparaîtrait pas sans l'intervention d'aucun agent thérapeutique. Un arrêt complet dans l'amélioration démontra bientôt le contraire, et la vue ne s'améliora de nouveau qu'après une nouvelle émission sanguine. Après l'avoir subi cinq fois, le malade quitta le service, pouvant lire le numéro 16 de Jaeger. L'amélioration a fait des progrès ultérieurs, jusqu'à permettre au malade de lire des caractères beaucoup plus petits.

En rappelant cette observation, nous avons pour but de faire ressortir les avantages qu'on peut retirer de l'application bien faite de l'appareil Heurteloup. Loin de nous de vouloir exclure toute autre médication ; au contraire, nous sommes convaincu que, surtout dans le traitement des amblyopies et des amauroses, sans lésion appréciable des membranes de l'œil, l'état général du malade doit être pris en sérieuse considération et qu'il faut y chercher des indications pour un traitement rationnel de l'affection de la vue.

---

[1] *Archiv. für Ophthalmologie, Bd. III, Abth. II.*

CHIMIE ET PHARMACIE.

Pommade de glycérine au tannin.

Lorsqu'on réfléchit à la complexité des moindres questions de thérapeutique, on se rend compte de suite de la lenteur des progrès de cette science. En effet, la circonstance morbide étant donnée, il faut déterminer la nature de l'agent médicamenteux propre à la combattre, puis donner à cet agent la forme pharmaceutique de laquelle doivent ressortir les meilleurs effets.

Si le médicament est destiné à produire surtout un effet local, la forme de la préparation devra varier avec l'intensité d'action que l'on voudra produire. Ainsi, dans le traitement de la conjonctivite chronique, après avoir donné les motifs du choix du sulfate de cuivre, nous avons montré que, selon qu'on ferait usage d'une solution dans l'eau, ou dans la glycérine, ou qu'on emploierait une pommade, on obtiendrait un contact plus prolongé de l'agent médicamenteux, et, par conséquent, une action plus durable sur les tissus malades.

L'influence de la modification due à la forme pharmaceutique épuisée, on a recours à celle que procure l'élévation de la dose. Enfin arrive la nécessité de substituer un autre agent à celui employé jusque-là.

Dans la conjonctivite chronique, alors que des granulations nombreuses existent, et qu'elles ont résisté à l'emploi soutenu du sulfate de cuivre, un des médicaments qui a donné les meilleurs résultats est le tannin. Pour faciliter l'application topique de cette substance, M. le docteur Hairion a proposé l'usage d'un mucilage dont nous avons publié la formule. L'emploi du glycérolé d'amidon viendra dans ce cas remplacer avantageusement la gomme arabique. Voici les proportions :

Pr. Tannin pur........................... 5 grammes.
Glycérolé d'amidon...................... 25 grammes.

Nous faisons usage de cette pommade depuis deux années déjà, comme traitement topique des tumeurs hémorrhoïdales; seulement la dose du tannin est toujours moindre : elle varie de 1 à 3 grammes pour la même quantité d'excipient. Lorsque nous appliquons cette médication aux vaginites granuleuses, nous doublons la dose du tannin. DEBOUT.

Formules de baume tranquille à la glycérine et de glycérolé de sulfate de quinine, pour lavements et frictions.

Les glycérolés n'étant, en définitive, qu'une simple solution soit à chaud soit à froid, d'un produit pharmaceutique quelconque dans de la glycérine, notre intention, en publiant, M. Cap et moi, notre notice sur les glycérolés, était seulement d'appeler l'attention du public médical sur la glycérine, comme nouvel excipient pharmaceutique, et d'indiquer le point *maximum* de la solubilité dans ce véhicule, de certains produits les plus usités de la matière médicale, laissant aux médecins le soin de varier ces proportions suivant leur appréciation et les convenances de la thérapeutique, ainsi que vous l'avez fait, et aux futurs rédacteurs du Codex celui d'admettre ou de rejeter ces produits dans la nouvelle édition qui se prépare.

I. En tête des formules qui peuvent parfaitement bien s'appliquer à celles des glycérolés se trouvent celles de la plupart des huiles médicinales; il n'y a que le véhicule à changer : et à ce propos je ne saurais trop appeler votre attention sur un des glycérolés que nous avons présenté dans le temps et qui a passé inaperçu, car certainement il doit être dans le cas de rendre de grands services à la thérapeutique : c'est le *glycérolé des plantes narcotiques,* autrement dit le *baume tranquille à la glycérine.* Celui que j'avais préparé, lors de la lecture de notre travail à la Société de pharmacie, s'est conservé intact et de parfaite odeur, depuis quatre ou cinq ans qu'il est confectionné.

Ce glycérolé, au lieu d'être vert comme le baume tranquille à l'huile, qui ne contient en dissolution que de la chlorophille complétement inerte, est d'une couleur d'un brun rougeâtre, qui indique que les matières extractives des plantes narcotiques s'y trouvent en dissolution, et sous ce rapport nul doute que le baume tranquille à la glycérine ne soit infiniment plus efficace que celui préparé à l'huile, qui a le désagrément de salir les linges, de rancir au bout de quelques mois, et dont l'odeur n'est pas toujours irréprochable.

Voici, au reste, comment j'ai opéré, en suivant les proportions indiquées dans le Codex, et en substituant, bien entendu, la glycérine à l'huile d'olive.

Contusez les plantes narcotiques fraîches, et mettez-les avec la glycérine dans un bain-marie, chauffez ensuite jusqu'à ce que toute l'eau de végétation soit évaporée, ce que l'on reconnaît facilement à plusieurs indices : quand les plantes sont comme frittées, quand le glycérolé porte à chaud 28 à 29 degrés au pèse-sirop, enfin quand

en projetant quelques gouttes de la préparation sur des charbons ardents, le glycérolé s'enflamme sans *petiller*.

Arrivé à cet état, on passe avec expression à travers une toile et l'on verse ensuite le glycérolé, réchauffé au besoin dans un vase dans lequel sont les plantes aromatiques sèches et contusées ; on laisse macérer quelques jours, et l'on filtre.

On peut préparer de la même manière, en suivant les indications du Codex, les glycérolés de camomille, d'absinthe, de rue et autres ; de belladone, de jusquiame et autres.

II. Un autre glycérolé, qui peut aussi rendre de grands services, est celui de *sulfate de quinine*. En faisant dissoudre à une douce chaleur :

	Sulfate de quinine........................	1 gramme.
dans	Glycérine..................................	40 grammes.

on obtient une solution saturée de sulfate qui, après filtration à chaud, conserve sa transparence par le refroidissement. Ce glycérolé se conserve parfaitement bien ; il ne possède pas, comme la solution aqueuse, cette opalinité caractéristique; il est nuisible à l'une et peut par conséquent être employé pour introduire le sulfate, soit dans des potions, soit dans des lavements, *sans avoir recours à une proportion quelconque d'acide* ; ainsi, par exemple :

Lavement au sulfate de quinine.

Glycérolé de sulfate de quinine............	8 grammes.
Eau ou décoction quelconque..............	100 grammes.

pour obtenir une solution qui devra contenir 0,20 centigrammes de sulfate de quinine.

Si maintenant on fait fondre à chaud :

	Sulfate de quinine........................	5 grammes.
dans	Glycérine..................................	45 grammes.

et si l'on remue jusqu'à refroidissement, on obtient 50 grammes d'une sorte de pommade douce et onctueuse au toucher, qui se maintient dans cet état plusieurs mois sans se séparer, et qui représente un dixième de son poids de sulfate. Nul doute que cette préparation ne devienne d'une grande utilité lorsque le sulfate de quinine ne peut être supporté qu'en friction. Rien ne s'oppose à ce que dans ce dernier cas on ne suive votre conseil, et on ajoute 4 grammes d'amidon, de façon à obtenir une pommade véritable.

GAROT.

Observations sur la décoction blanche.

Lorsqu'on propose de faire une légère modification à une ancienne formule, dans le but d'en améliorer la composition ou le *modus faciendi*, d'en régulariser le dosage ou d'en augmenter les propriétés, on ne rencontre que des contradicteurs qui disent sans cesse : « Une ancienne formule doit être respectée; elle est sanctionnée par le temps. »

Cette phrase, répétée par toutes les personnes qui n'ont point essayé de pénétrer les profondeurs de l'histoire, est un épouvantail qui nuit beaucoup au perfectionnement de la thérapeutique; aussi, nous profitons de la publication de quelques observations récentes sur la décoction blanche pour émettre notre opinion sur ce sujet, et pour prouver combien il est peu rationnel de s'opposer à la modification des formules, lorsque les changements que l'on propose sont appuyés sur de bonnes raisons, et n'ont pour but que l'intérêt des malades et l'amélioration de la pharmacie pratique. Notre opinion n'a pas une grande valeur, nous le savons, mais, si faible qu'elle soit, elle s'unira à d'autres, et le préjugé, qui s'use un peu chaque année, finira par disparaître.

On dit depuis longtemps : « La décoction blanche doit être préparée en suivant la formule primitive. La mie de pain est préférable à la gomme, parce qu'elle contient un acide qui doit enlever de la chaux à la corne de cerf calcinée; dissoudre du phosphate, et augmenter nécessairement les propriétés de la tisane de Sydenham. » A notre point de vue, c'est une erreur. C'est l'énonciation pure et simple de la pensée et non la réponse de l'expérience; car la gomme est au moins aussi acide que la mie de pain; elle a plus d'action qu'elle sur la corne de cerf, en raison de sa parfaite solubilité. Nous le prouverons bientôt. Voyons d'abord s'il est possible de préparer la décoction blanche en suivant la formule primitive, et si elle n'a point été modifiée un grand nombre de fois.

Sydenham prescrivit de faire bouillir deux onces de corne de cerf calcinée et deux onces de mie de pain dans trois livres d'eau, de réduire à deux livres, et de sucrer. J'ai trouvé cette formule dans la Pharmacopée de Lémery, publiée en 1715, et dans la Pharmacopée du Collége royal des médecins de Londres, imprimée en 1788. Elle doit être la vraie formule, puisque Sydenham est mort en 1689, vingt-six ans avant la publication de cette formule en France, si Lemery ne l'a pas publiée dans la première édition de sa Pharmacopée; et puisque, quatre-vingt-dix-neuf ans après la mort de

Sydenham, elle n'avait point encore été modifiée en Angleterre.

En 1758, quarante-trois ans après son introduction en France, le *Codex* prescrivit une 1/2 once de corne de cerf, 1 once de mie de pain, 6 livres d'eau et 2 gros d'eau de fleurs d'oranger ou d'eau de cannelle.

En 1797, Baumé recommanda d'employer 6 gros de corne de cerf, 3 gros de gomme, 1 once de sucre et 1/2 once d'eau de fleurs d'oranger.

Le *Codex* de 1819 conseilla de prendre 8 grammes de corne de cerf, 24 grammes de mie de pain, et 16 grammes d'eau de fleurs d'oranger ou 8 grammes d'eau de cannelle. Mais il ajouta en note : « Beaucoup de pharmacopées substituent la gomme à la mie de pain. » C'était laisser aux pharmaciens la liberté d'employer la gomme.

En 1828, M. Guibourt formulait cette tisane avec 2 gros de corne de cerf, 8 gros de gomme, 12 gros de sucre et 2 gros d'eau de fleurs d'oranger.

Les auteurs du *Codex* de 1837 furent embarrassés et prescrivirent, pour contenter tout le monde, 8 grammes de corne de cerf calcinée, 8 grammes de gomme, 24 grammes de mie de pain, 32 grammes de sucre et 16 grammes d'eau de fleurs d'oranger.

Nous proposâmes, beaucoup plus tard, 10 grammes de corne de cerf calcinée, 20 grammes de gomme arabique pulvérisé, 60 grammes de sirop, 16 grammes d'eau de fleurs d'oranger, et de l'eau bouillante pour obtenir cinq verres de tisane.

On publia encore beaucoup de formules; mais dernièrement, un pharmacien, se fondant sur la nécessité de conserver l'ancienne formule, conseilla de suivre celle du *Codex* de 1837, de placer toutes les substances dans une capsule de porcelaine avec 300 grammes d'eau, de chauffer la capsule au bain-marie pendant une demi-heure, de faire évaporer le liquide à l'étuve sur des plaques étamées, de pulvériser le résidu de l'évaporation, de passer à travers un tamis très-fin et de diviser la poudre en paquets. Un autre, enfin, recommanda de remplacer la mie de pain par de la poudre de mie de pain. Nous n'approuvons pas ces dernières modifications. La première augmente inutilement le prix de cette tisane et toutes les deux ont l'inconvénient de conserver la mie de pain.

Si l'on fait bouillir séparément de la mie de pain, de la gomme, du sucre, avec de la corne de cerf calcinée, et que l'on filtre les décoctés, on observe les réactions suivantes. Le décocté avec le sucre passe à travers un filtre simple, avec une limpidité parfaite, et

l'oxalate d'ammoniaque détermine un précipité d'oxalate de chaux, lorsque le soluté de sucre n'est pas altéré par ce réactif. Le sucre se comporte de la même manière avec la craie de Meudon. La décoction avec la mie de pain, longtemps prolongée, passe assez rapidement limpide, mais le précipité avec l'oxalate d'ammoniaque diffère peu de celui que l'on obtient avec le décocté simple. La décoction préparée avec la gomme est extrêmement difficile à clarifier. Il faut la faire passer un grand nombre de fois à travers plusieurs filtres quadruples pour l'avoir limpide, et le précipité que l'oxalate d'ammoniaque détermine dans cette liqueur est incontestablement plus abondant que celui qui se forme dans un soluté de gomme, et que ceux qui se déposent dans les liqueurs préparées avec le sucre ou la mie de pain.

En résumé, il est impossible de suivre la formule de Sydenham. La gomme doit être rigoureusement substituée à la mie de pain. Cette substitution est rationnelle et parfaitement motivée. La décoction blanche ainsi préparée est toujours identique, a toujours les mêmes propriétés physiques, et produit constamment les mêmes effets thérapeutiques. Enfin, les conservateurs des anciennes formules n'ont aucunes bonnes raisons à donner pour s'opposer à leurs modifications. La plus grande partie de ces amateurs du temps passé ne connaissent pas les formules primitives; car ce que nous avons démontré pour la décoction blanche peut l'être pour une foule d'autres préparations. DESCHAMPS (d'Avallon).

CORRESPONDANCE.

Observations témoignant des bons effets des affusions froides dans l'éclampsie arrivée à la période comateuse.

Nous avons cherché à démontrer, dans un précédent article (1), le parti puissant qu'on pouvait tirer des affusions froides contre l'élément coma dans les maladies aiguës, cela en publiant plusieurs observations de fièvres typhoïdes arrivées à la période comateuse et modifiées avantageusement par leur emploi. Voici maintenant un cas d'éclampsie qui vient encore à l'appui de la valeur thérapeutique de cette médication.

(1) Voir la livraison du 30 décembre dernier, t. LXI, p. 546.

Obs. Le mardi 2 juillet 1861, je suis appelé près de la femme Aury, à Montigny-les-Vaucouleurs. Voici les renseignements que me donnent les parents : Accouchée spontanément le dimanche 30 juin, à cinq heures du matin, la malade a eu, peu après la délivrance, une perte assez légère. A trois heures de l'après-midi se manifeste une première attaque convulsive; à quatre heures et demie, seconde attaque, après laquelle cette femme n'avait pas repris connaissance, mais poussait des plaintes. Dans l'intervalle des deux accès, un médecin de Vaucouleurs, consulté, prescrit une potion calmante. Dans la nuit, nouvelle attaque, à une heure qu'on n'a pu me déterminer, attaque suivie de coma. Le lundi, attaque toutes les heures; coma dans l'intervalle. Le même médecin prescrit des sinapismes aux cuisses et dix sangsues à la vulve. — La dernière attaque a lieu lundi vers le soir. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis vingt heures à peu près, la malade a présenté le même état qu'au moment de mon arrivée.

Je la trouve dans un état comateux complet, avec résolution des membres, et perte totale de l'intelligence et de la sensibilité. La respiration est stertoreuse, assez régulière; le pouls est à 100, assez faible; la face est pâle. La malade n'a pas uriné depuis la veille. Je la sonde; la vessie ne contient que peu d'urine qui, examinée à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique, donne un précipité albumineux assez abondant. Lochies tout à fait nulles. Prescription : sinapismes sur les extrémités, vésicatoire à la nuque, lavement laxatif, affusions froides (un arrosoir de jardin d'eau froide versé tous les trois quarts d'heure sur la tête, d'une hauteur de 50 centimètres); la déglutition étant impossible, on ne peut instituer aucun traitement interne.

3 juillet. — Même état que la veille; coma toujours complet et absolu, urines toujours albumineuses. (Même traitement.)

4. — Le coma est moins profond. La malade, quand on lui pince la joue, fait un mouvement avec la tête. — Elle urine sans la sonde, involontairement. Les urines sont assez abondantes; précipité albumineux moins fort. (Continuer le traitement.)

5. — Le coma a cessé depuis la veille au soir, après soixante-douze heures de durée. La malade parle et reconnaît les personnes qui l'entourent; elle demande à boire et à manger, mais elle est agitée, sa parole est brève et animée, il y a peu de délire; selles et urines volontaires; urines ne présentant plus qu'un léger nuage albumineux; toujours pas de lochies. (Continuer les sinapismes; — bouillon souvent répété.)

6 et 7. — Même état. La malade a toujours pleine conscience d'elle-même; elle est un peu moins agitée. (Traitement *ut suprà*.)

8. — La malade est calme, plus de délire; pouls à 110, très-faible. (Vin de quinquina, bouillon.)

9. — La malade a succombé dans la nuit, sans avoir rien présenté de particulier, sans nouvelles convulsions, sans nouveau coma.

Que conclure de cette observation intéressante à plus d'un titre, et par l'état excessivement grave de la malade au moment de mon

arrivée, et par l'amélioration inespérée sous l'influence du traitement institué, et par la mort survenue au moment où l'on s'y attendait le moins, alors qu'on avait tout lieu de croire la malade sauvée? Certes les affusions froides ont une efficacité incontestable contre l'élément coma. La malade, au moment où elles ont été commencées, était depuis vingt heures dans un coma complet et absolu qui a duré en tout soixante-douze heures, au bout desquelles, seulement, la médication a triomphé. Les révulsifs employés concurremment n'ont dû avoir qu'une influence bien secondaire; peut-être, cependant, les sinapismes ont-ils contribué à assurer la réaction qui doit se produire à la suite des affusions, lorsqu'on veut obtenir un bon résultat. Mais, dira-t-on, les affusions froides ont, il est vrai, parfaitement combattu l'élément coma, mais quel profit la malade en a-t-elle tiré? Elle est morte en pleine connaissance, au lieu de mourir dans le coma : voilà tout. Le résultat est peu encourageant. Cette objection serait fondée si nous ne pouvions remonter aux causes de cette mort survenue inopinément, et si nous ne pouvions démontrer, en même temps que dans un autre cas d'éclampsie dégagé de ces conditions spéciales, les affusions froides devront amener un succès complet. Voyons en effet ces causes.

La malade, pauvre, placée depuis très-longtemps dans de mauvaises conditions hygiéniques, était chloro-anémique au moment de sa grossesse. Pendant la grossesse, elle eut des vomissements continuels qui, en empêchant la nutrition pendant près de neuf mois, durent prononcer davantage encore cet état anémique. Survient l'accouchement suivi d'une perte, légère il est vrai, mais trop forte dans les conditions spéciales où se trouvait cette femme. Viennent ensuite les attaques d'éclampsie contre lesquelles on prescrit une évacuation sanguine, nouvelle cause d'épuisement. Enfin, se déclare un état comateux qui dure trois jours, pendant lesquels l'impossibilité de la déglutition empêche de donner le moindre aliment réparateur. Qu'est-il arrivé alors? Les affusions froides ont été assez puissantes pour stimuler un moment cet organisme si profondément débilité; mais l'épuisement était trop avancé, et après une réaction passagère, la malade s'est éteinte faute de sang. Peut-être, si nous avions eu une confiance plus absolue dans la nature uroémique de l'éclampsie, si nous n'avions pas été arrêté par ces fantômes de congestion cérébrale et spinale invoqués par certains auteurs pour expliquer les convulsions éclamptiques, aurions-nous pu sauver notre malade en substituant, dès la cessation du coma, une médication largement tonique. En tout cas, nous

croyons que si la malade n'eût pas été anémique avant sa grossesse, si des vomissements incoercibles n'avaient pas, pendant la gestation, aggravé considérablement cet état, elle aurait, une fois tirée de son coma au moyen des affusions froides, eu en elle assez de résistance vitale pour atteindre une convalescence parfaite. Dans un cas pareil donc, c'est-à-dire, chez une éclamptique arrivée à la période comateuse, les affusions froides pourront amener une guérison complète, si cette éclamptique ne présente pas avant ses accès une constitution aussi altérée que celle de notre malade.

Nous concluons donc de notre observation :

1° Les affusions froides qui, employées contre l'éclampsie, ont donné de beaux succès entre les mains de Récamier et de Booth, méritent de sortir de l'oubli dans lequel elles paraissent tombées, puisque M. Cazeaux, dans son Traité des accouchements, ne les indique même pas contre les convulsions puerpérales. On ne peut, en effet, mettre en parallèle l'emploi méthodique et longtemps prolongé des affusions froides, tel que nous les pratiquons, avec quelques aspersions à la face que M. Cazeaux conseille pour réveiller les mouvements respiratoires, ni même la vessie remplie de glace qu'il indique dans le coma, mais dont l'action est toute différente des affusions.

2° Il n'est pas vrai de dire avec M. le professeur Wieger, dans sa dissertation si complète, d'ailleurs, et si savante sur l'éclampsie uroémique (Gazette médicale de Strasbourg, 1854), que les affusions froides, utiles dans la période convulsive de l'éclampsie, ne sont plus indiquées dans le coma, après la cessation des attaques, parce qu'elles contrarient la diaphorèse qui doit juger le mal. Cela ressort : 1° directement de l'observation ci-dessus; 2° indirectement, par analogie, des succès obtenus par les affusions froides dans l'état comateux, soit de la fièvre typhoïde, soit de la méningite ; par analogie avec la fièvre typhoïde si, avec M. Wieger et les auteurs allemands, on admet que l'éclampsie est une septicœmie ; par analogie avec la méningite, si avec M. Depaul et la plupart des auteurs français, on admet la nature cérébrale de l'éclampsie.

3° S'il ne faut pas se faire illusion sur la valeur thérapeutique des affusions et croire que tous les cas de coma vont disparaître par leur emploi ; il ne faut pas non plus hésiter à s'en servir contre cet élément, quand il se présente dans une maladie aiguë. C'est ainsi que mon savant ami et confrère, le docteur Crussard, les a employées avec succès contre une scarlatine arrivée à la période comateuse. S'il est, en effet, vrai de dire que les affusions froides sont une arme

à double tranchant dont le succès est près du revers si la réaction ne se produit pas, cette considération perd de sa valeur puisqu'il s'agit ici de son emploi dans des cas le plus souvent désespérés. Du reste, on pourrait, à l'exemple de M. le docteur Teissier, employer des frictions d'huile de croton tiglium après chaque affusion, dans le but d'assurer cette réaction, si elle tardait à se produire, ou se manifestait d'une manière incomplète.

HAGEN, Dr M.
à Mancy-sur-Vaise.

Un mot sur les effets délétères des inhalations iodées sur les dents.

Les inhalations d'iode proposées contre la phthisie nous ont fourni, ainsi qu'à un honorable médecin de Paris, le docteur Thiébault, une observation qui doit intéresser la pratique médicale.

On sait que l'iode introduit dans les voies digestives pénètre dans le torrent de la circulation, qu'il est également absorbé lorsqu'il est mis en contact avec la muqueuse pulmonaire. Or, nous avons noté que, lorsque les inhalations d'iode sont répétées pendant un temps plus ou moins long, elles modifient quelquefois l'état normal de la bouche des malades ; les gencives alors deviennent sensibles, se gonflent, se tuméfient ; le périoste alvéolo-dentaire est atteint à son tour aussi ; les dents ne tardent pas à perdre de leur solidité, le mal deviendrait grave, si, en présence de ces accidents, on ne suspendait pas l'usage du médicament.

En 1851, nous écrivions dans le journal que le camphre a, comme le sucre, une action délétère sur les dents ; qu'il les décompose et en provoque la perte ; l'iode agit-il de même, ou ne fait-il que les pénétrer ?

Nous savons seulement qu'il y a des personnes dont la bouche est très-sensible aux influences iodées ; que chez d'autres, au contraire, les inhalations sont sans action. L'iode attaque principalement les dents cariées, et celles dont l'émail a été altéré par cette chaleur vive que donnent à la bouche la pipe et le cigare. La minéralisation des dents commence presque toujours par la racine.

On nous a remis des dents presque entièrement saturées d'iode ; un examen microscopique et une analyse chimique nous permettront de juger si le métalloïde qui pénètre dans les dents a formé, sous l'influence de la salive contenue dans la bouche, une combinaison avec la chaux dont sont composées les ostéides.

Nous rendrons compte de cet examen, en publiant nos essais

analytiques sur la composition des dents des animaux terrestres et aquatiques, car il nous a semblé curieux de rechercher si cette partie osseuse des êtres animés a la même composition que les os du reste du corps. Déjà nous avons mis en dissolution des dents de bœuf, de renard, de requin, de brochet, de vipère; nous en comparerons les résultats avec la composition des dents de l'homme, dont l'illustre chimiste Thénard nous a laissé l'analyse.

STANISLAS-MARTIN.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie, et principes nouveaux d'hygiène, de médecine légale et de thérapeutique appliqués à ces maladies.

Par M. J. ROLLET, chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon (hôpital des vénériens).

Bien que ceci ne soit pas un traité de syphilis, l'auteur y apporte cependant, sur plusieurs des questions principales qui se posent à propos de cette maladie, son contingent d'expériences et de recherches personnelles, dont personne ne contestera la valeur. Le nom de M. Rollet n'est point nouveau en syphilographie : déjà même, la plupart des questions dont il traite dans ce volume, il les a traitées dans divers recueils périodiques, ou des fascicules exprès, qui ont déjà pu laisser pressentir sa pensée sur ces questions : en rapprochant ainsi les résultats de ses importants travaux, en les réunissant en une seule publication, la lumière des uns rejaillera sur les autres, et les montrera tous sous leur véritable jour. Aussi bien, est-ce là le but principal que se propose le célèbre médecin de Lyon, et ce but, nous croyons qu'il l'atteindra.

Nous manquons de la place nécessaire pour parcourir avec l'auteur le cercle étendu des questions nombreuses qu'il agite successivement dans son livre; forcé de nous borner, nous choisirons parmi celles-ci les principales, pour examiner la solution qu'il en propose. « N'y a-t-il qu'une maladie vénérienne, dit quelque part M. Rollet, ou cette maladie prétendue unique en comprend-elle en réalité plusieurs? La chose en soi vaut déjà la peine d'être examinée. » Telle est une des questions, grave entre toutes, à l'examen de laquelle le médecin distingué de Lyon consacre une partie de son ouvrage. La doctrine que développe sur ce point capital notre habile confrère est une doctrine saine, et que dans l'état de la science syphilogra-

phique tout le monde approuvera. Ceux-là mêmes qui nourriraient encore la crainte que le virus syphilitique pût se cacher, dans quelques cas, sous quelques-uns des accidents simplement vénériens, trouveront dans la doctrine circonspecte de M. Rollet de quoi se rassurer à cet égard; car, il admet comme possible et réelle, dans un bon nombre de cas, la contemporanéité, la coexistence d'accidents syphilitiques et simplement vénériens, qui constituent des formes mixtes où tout peut trouver son explication. Nous ne répondrions pas que les absolutistes en matière d'unité syphilitique admettront sans conteste cette sorte de fusion, de syncrétisme réalisé; mais nous croyons, pour nous, que si toute la vérité n'est point là, cette conception du moins conduit à une prudence thérapeutique, qui permet d'atteindre sans péril que celle-ci se montre dans tout son jour. Quoi qu'il en soit à cet égard, le médecin de l'Antiquaille, avec une sûreté d'appréciation historique et une netteté de démonstration expérimentale que l'on ne saurait trop louer, établit de la façon la plus lumineuse la doctrine qui distingue essentiellement les maladies vénériennes de la syphilis proprement dite. Nous ne pouvons qu'indiquer ici cette solution, et renvoyer à l'ouvrage lui-même, pour en suivre, sur les pas de l'auteur, la magnifique et inattaquable démonstration.

Une seconde question que se pose l'auteur, et dont la solution importe à la pratique médicale au moins autant que celle que nous venons d'examiner, c'est celle de savoir si la contagion syphilitique sort uniquement de l'accident primitif, ainsi qu'on l'a si longtemps enseigné parmi nous, ou bien, si le sang des malades en proie à la diathèse syphilitique, si les accidents secondaires qui sont l'expression plus nettement déterminée de cette diathèse, peuvent, dans des conditions qu'il s'agit de rechercher, réaliser les effets de la contagion, aussi bien qu'on voit celle-ci suivre à peu près inévitablement le coït, quand existe l'accident primitif bien nettement caractérisé. M. Rollet se sépare ici sans hésiter de l'école du Midi, et admet avec Wallace, Vidal, Cazenave, Gibert, etc., etc., je dirais presque avec tout le monde aujourd'hui, et le ***Bulletin de Thérapeutique*** doit être depuis longtemps compté dans ce monde-là; M. Rollet, disons-nous, admet sans hésiter la contagion, ou, pour parler plus correctement, la transmissibilité directe de la vérole par la voie des accidents secondaires. Tout le monde comprend, sans qu'il soit besoin de le faire remarquer, quelles conséquences découlent de là, et pour l'hygiène et pour la médecine légale qui, à ce point de vue, demandent à être complétement révisées.

C'est surtout dans cette partie importante de son travail que le médecin de Lyon fait toucher du doigt la cause de l'erreur, dans laquelle Hunter, malgré son incontestable génie, a persisté toute sa vie, et dont M. Ricord n'est sorti qu'hier; quelle est la cause de cette erreur? C'est l'inoculation qui, pratiquée sur des sujets en proie à la diathèse syphilitique, devait nécessairement donner des résultats négatifs, tout comme la revaccination échoue chez les individus qui sont encore sous l'influence préservative d'une vaccination antérieure. Pour tirer de l'inoculation syphilitique les enseignements qu'elle contient invinciblement, en tant que méthode expérimentale, c'est entre un sujet contaminé et un sujet intact, au point de vue de la réceptivité morbide, qu'il faut opérer le contact: sans cette condition, l'expérience est vaine, ou ce qu'elle dit ne signifie rien.

Nous avons craint, à voir l'auteur marcher dans cet ordre d'idées et d'action, qu'il ne se fût fourvoyé dans une route périlleuse, et surtout, nous avons craint que son exemple, si exemple il y avait, n'entraînât les esprits naturellement enclins à l'imitation, à des expériences dangereuses; mais bientôt nous avons été heureusement détrompé. Comme de la conduite circonspecte d'un homme dont l'autorité est appréciée de tous en matière de syphilographie peut sortir un enseignement de prudence qui peut arrêter quelques esprits aventureux sur la pente de cette voie périlleuse, qu'on nous permette de citer sur ce point de déontologie médicale les sages paroles de l'auteur lui-même: «Pour apprendre expérimentalement, dit-il, si la syphilis, à telle ou telle période est, oui ou non contagieuse, nous l'avons dit, ce n'est pas sur le malade lui-même, mais sur des sujets non syphilitiques qu'il faut faire l'inoculation; ce n'est pas comme Hunter et M. Ricord qu'il faut procéder, mais comme Wallace. Or, de telles expériences sont-elles nécessaires? Je réponds qu'elles sont dangereuses, et c'est assez dire que, fussent-elles nécessaires, il n'y aurait pas à les recommencer. D'ailleurs, si elles ont pu être utiles à l'époque où les inoculations huntériennes faisaient encore illusion, aujourd'hui que le masque est tombé, et que les contagionistes n'ont plus à compter avec ces inoculations, pas plus que les anti-contagionistes ne comptent sur elles, en quoi, je le demande, la transmission artificielle de la syphilis prouverait-elle mieux que la transmission naturelle ce pouvoir contagieux de la maladie?» Nous ne pourrions rien dire sur cette question délicate qui valût en autorité de telles paroles, et nous demandons au lecteur de n'y rien ajouter, et de le laisser sous l'impression de ce prudent enseignement.

Nous aimerions encore à suivre M. Rollet dans ses sagaces recherches sur les conditions soit physiologiques, soit médicales, soit professionnelles, et qui rendent possible et expliquent l'inoculation naturelle des accidents secondaires de la syphilis : là, nous verrions se réaliser les conditions expérimentales artificiellement provoquées par Wallace, et dont on arguait pour combattre la réalité de la transmission de ces accidents, de tels artifices différant, disait-on, des conditions normales de la vie : mais, nous avons déjà ici même, à propos d'un autre livre, montré combien était vaine cette fin de non-recevoir, passons. Nous ne ferons également qu'indiquer un chapitre plein d'intérêt cependant, et qui a trait à quelques complications peu connues des maladies vénériennes : nous ne ferons sur ce point qu'une remarque : puisque l'auteur a cru devoir signaler ces complications purement vénériennes, pourquoi, quand il traite de la syphilis proprement dite, ne dit-il rien des formes insolites auxquelles elle donne souvent lieu, quand elle est envieillie dans l'organisme, par exemple, des névroses sur lesquelles l'Académie appelait naguère l'attention des observateurs ? Mais, ce que nous regrettons surtout, c'est de ne pouvoir donner un aperçu suffisant pour faire apprécier la thérapeutique, tant des maladies vénériennes que des maladies syphilitiques, telle que la conçoit et l'expose dans son intéressant ouvrage l'habile médecin de l'Antiquaille. Là, partout se fait sentir et la propre expérience de M. Rollet, et le contact du compatriote éminent de l'auteur, dont le mouvement d'esprit se communique à tout ce qui l'entoure. Nous ne croyons pas qu'il y ait actuellement dans la science un seul livre traitant des maladies dont il s'agit ici, dont les enseignements thérapeutiques soient à la fois plus prudents et plus judicieux : porter un tel jugement d'un tel livre, n'est-ce pas dire, en d'autres termes, qu'on voudrait le voir devenir l'enchiridion de tous ceux qui ont à traiter, dans une certaine proportion, des affections vénériennes et syphilitiques ?

BULLETIN DES HOPITAUX.

Remarques sur un cas d'ovariotomie pratiquée pour l'extraction d'un kyste multiloculaire. — Un point de la pratique chirurgicale qui, dans ces dix dernières années, a fait un progrès des plus remarquables, est le traitement des kystes de l'ovaire. Ces tumeurs, avant cette époque, toutes les fois que l'inter-

vention chirurgicale était reconnue nécessaire, n'étaient guère combattues que par l'usage des ponctions ; ponctions que l'on répétait aussi souvent que le nécessitait la réplétion nouvelle de la cavité morbide. Ce moyen palliatif, et qui n'apportait partant aucun changement au fond même des choses, ne pouvait constituer la dernière ressource de l'art, d'autant plus que souvent, non-seulement cette méthode de traitement restait impuissante, mais semblait encore hâter la marche de la maladie. Aussi, dans la discussion qui s'est produite en 1856, au sein de l'Académie de médecine, sur ce point de thérapeutique, malgré l'opposition de quelques-uns, on n'a pas hésité à reconnaître que l'emploi des injections iodées constituait une acquisition précieuse pour le traitement des kystes de l'ovaire uniloculaires, et ne contenant qu'un liquide séreux ou séro-purulent. Nous n'avons pas à rappeler ici les conditions qu'on a reconnues les plus propres à assurer le succès de l'intervention chirurgicale ; ce serait reproduire ce que nous avons dit à cette époque (Voir tome LII, p. 22).

Ce que cette discussion avait également mis en relief, c'est l'inefficacité de ce même traitement appliqué aux kystes multiloculaires ou uniloculaires, renfermant des liquides séro-sanguinolents, visqueux et gélatineux. En face de ces cas la chirurgie devait donc abdiquer et se déclarer impuissante. Il restait bien une ressource ultime, l'ovariotomie, qui a donné des résultats surprenants entre les mains des chirurgiens anglais et américains. Mais, jugeant cette thérapeutique hardie par quelques-unes des tentatives téméraires dont certains chirurgiens se sont rendus coupables, la plupart des membres de l'Académie qui ont pris part à cette importante discussion ont repoussé cette opération, même comme dernière ressource de l'art placé en face de cas reconnus incurables, et alors même que la mort plane déjà sur la tête des malades.

Nous sommes de l'école de Wolhouse, et reconnaissons que l'art ne nous a pas été donné pour faire périr des mains du chirurgien les malades qui doivent périr des mains de la nature. Mais dans l'espèce, pour que cette doctrine fût applicable, il faudrait commencer par rayer de la science ces centaines de cas d'ovariotomie pratiqués avec succès que contiennent les journaux anglais. Un seul parti restait à prendre par ceux qui marchent en tête de la chirurgie française, c'était de se rendre en Angleterre, de voir pratiquer quelques-unes de ces graves opérations, et une fois le succès constaté, d'en rechercher les conditions dans le manuel opératoire, et le traitement suivi par nos confrères d'outre-Manche.

Cette louable initiative, digne des plus grands éloges, a été prise, il y a quelques mois, par M. le professeur Nélaton. Il est allé à Londres assister à une opération d'ovariotomie, faite par M. Baker-Brown, et a visité en même temps plusieurs autres femmes qui avaient subi récemment la même opération. Par un hasard heureux, sur cinq tentatives, M. Nélaton a constaté quatre guérisons. Aussi, à son retour à Paris, le savant professeur, dans une leçon clinique qui a eu un grand retentissement, ne s'est-il pas borné à justifier la conduite des chirurgiens anglais, mais il a engagé les chirurgiens de Paris à ne pas craindre de les imiter. Dans ce but, M. Nélaton a signalé avec le plus grand soin toutes les précautions prises à Londres pour assurer le succès de l'ovariotomie : isolement des malades, régime préparatoire tonique, manuel opératoire, traitement consécutif : tont a été tracé de main de maître.

L'appel fait par un homme aussi haut placé que l'est M. Nélaton ne devait pas tarder à être entendu, et c'est la relation de cette première tentative, pratiquée suivant les errements de la pratique anglaise, dont nous devons dire un mot.

Obs. Il y a une année environ, une jeune fille de dix-neuf ans entra à la Maison municipale de santé pour être traitée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, qui avait acquis un développement considérable et amené des accidents de-compression et de suffocation. A cette époque, M. Demarquay ponctionna trois loges; de l'une, il sortit un liquide épais, visqueux, de couleur chocolat; des autres, un liquide filant semblable à une solution de gomme. La nature des produits de sécrétion de la tumeur ne permettait pas de songer à recourir aux injections iodées, et il fallut s'en tenir au traitement palliatif, aidé de la compression du ventre. Au bout de quelque temps, la malade, se trouvant soulagée, retourna dans son pays.

Le kyste ayant repris ses anciennes dimensions, la jeune fille revint, en décembre dernier, à la Maison de santé. En présence de la nature de la tumeur ovarique, M. Demarquay pensa que c'était un cas complétement incurable par les méthodes connues de traitement, et qui réclamait, comme ressource ultime de l'art, l'extirpation de la tumeur. Avant de rien proposer à la malade, ce chirurgien prit l'avis de MM. Nélaton, Monod, Bourdon et Cazalis; ils furent unanimes, et proclamèrent que l'ovariotomie était la seule chance de salut qui restât à cette jeune fille. M. Nélaton ajouta même qu'en Angleterre, il n'y aurait pas un instant d'hésitation à l'égard de cette détermination. Il engagea M. Demarquay, si la malade acceptait le secours qu'on lui proposait, de la faire transporter à Saint-Germain, dans le couvent des Augustines, où il avait déjà eu l'occasion de pratiquer des opérations graves, qui avaient été couronnées du plus heureux résultat.

La malade ayant consenti, elle fut immédiatement soumise à un

régime tonique ; de plus on lui fit prendre chaque jour une potion contenant 1 gramme de teinture d'arnica. Enfin, lorsque l'époque menstruelle fut complétement passée, elle fut conduite à Saint-Germain, et huit jours après, elle fut préparée à subir l'opération.

Le 2 février dernier, en présence de MM. Trousseau, Nélaton, Bourdon, Giraud-Teulon, Parmentier et Lepiez, M. Demarquay, assisté de ses deux internes, a pratiqué l'ovariotomie. Nous empruntons la narration de l'opération à un des témoins oculaires, M. Parmentier :

La vessie ayant été préalablement vidée par le cathétérisme, une incision partant de l'ombilic jusqu'à la symphise pubienne fut pratiquée un peu à gauche de la ligne médiane. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la paroi antérieure de la gaîne du muscle grand droit de l'abdomen furent successivement incisés, le muscle fut légèrement rejeté en dehors, afin de ne pas l'intéresser. La paroi postérieure de la gaîne musculaire fut coupée à son tour; enfin le péritoine fut ouvert; puis, introduisant une sonde cannelée par cet orifice, M. Demarquay incisa cette membrane dans toute l'étendue de la plaie extérieure. Pendant tout ce temps, MM. Nélaton et Trousseau appliquaient leurs mains de chaque côté de la tumeur, de manière à la fixer solidement à travers les parois déprimées de l'abdomen. L'on aperçut alors la surface du kyste, et il s'écoula une certaine quantité de sérosité, d'un jaune citrin, contenue dans la cavité péritonéale. M. Nélaton saisit alors le kyste vers sa partie supérieure avec de fortes pinces à griffes.

La partie du kyste qui se présentait semblait formée par deux loges placées l'une au-dessus de l'autre; d'après le conseil de M. Nélaton, M. Demarquay enfonça un trocart ressemblant à une grosse canule à trachéotomie dans la poche supérieure; de cette manière, on espérait vider en partie la portion du kyste située dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen. Le poinçon du trocart ayant été retiré, on adapta immédiatement à la canule un long tube en caoutchouc qui conduisait le liquide dans un seau et empêchait qu'aucune goutte ne se répandît dans l'abdomen. Un gros trocart, comme ceux dont se servent les vétérinaires, fut aussi plongé dans la poche située à la partie inférieure. Il sortit de ces deux loges un liquide épais, huileux, de couleur brune. Lorsque tout le contenu de ces deux poches fut à peu près évacué, les trocarts furent retirés; mais afin qu'il ne sortît pas une goutte de liquide par les points qui avaient été ponctionnés, la partie du kyste voisine de chaque ponction fut saisie avec de fortes pinces, de manière à former un pédicule, qui fut entouré par une forte ligature extrêmement serrée.

M. Demarquay introduisit sa main dans l'abdomen pour explorer la surface extérieure de la tumeur : il ne reconnut pas d'adhérences aux parties voisines; M. Nélaton pratiqua aussi la même exploration, tout en tirant toujours sur la tumeur. En ce moment la partie droite du kyste se dégagea, et bientôt après suivit toute la partie gauche qui fut amenée au dehors. Il fut aisé d'attirer tout ce qui plongeait dans la cavité pelvienne, et l'on vit apparaître alors le pédicule de la tumeur, ainsi que la face postérieure de l'utérus. Le pé-

dicule, qui était extrêmement volumineux, fut alors fixé entre les branches d'une pince en forme de compas métallique, à branches concaves, reliées entre elles par un arc de cercle en métal, que l'on assujettit fortement à l'aide d'une vis. Le pédicule, saisi et étranglé par l'instrument, fut coupé, et la portion adhérente du pédicule fut maintenue à l'extérieur par l'instrument qui l'étreignait.

Cela fait, la plaie fut réunie par plusieurs points de suture métallique, et le pédicule placé dans son angle inférieur.

La tumeur enlevée pesait de 18 à 20 kilogrammes; c'était un kyste de l'ovaire gauche.

Telle a été l'opération dont M. Demarquay a bien voulu nous rendre témoin. Nous ne ferons suivre cette description que de quelques réflexions.

Nous dirons d'abord que la malade fut soumise au chloroforme pendant toute la durée de cette opération qui fut de vingt à vingt-cinq minutes; l'agent anesthésique a été donné avec beaucoup de prudence par MM. Bourdon et Giraud-Teulon. Or, lorsque l'on doit extraire de la cavité abdominale une tumeur d'un volume aussi considérable que le sont ordinairement les kystes de l'ovaire, il faut surveiller plus attentivement que jamais l'action du chloroforme, car la malade est menacée de syncope, comme ceux auxquels on retire par la ponction une grande quantité de sérosité accumulée dans la cavité péritonéale, et dans le cas où l'on ne serait pas sur ses gardes, un accident arriverait pendant l'opération.

Une autre précaution fort importante à prendre, c'est de veiller à ce que pas une goutte des liquides contenus dans les poches ne s'écoule dans le péritoine au moment de la ponction; le trocart en forme de canule à trachéotomie nous a paru trop court; peut-être serait-on plus sûr d'éviter l'accident si le trocart était plus long et s'il était muni d'un robinet qu'un aide serait chargé de fermer à mesure que le chirurgien retirerait le poinçon, ceci permettrait de pouvoir ajuster sans précipitation le tube en caoutchouc. Du reste, M. Mathieu, qui était présent à l'opération, modifiera sans doute avantageusement les instruments dont se servent les chirurgiens anglais. Nous ne nous arrêterons donc pas davantage à ce sujet, et nous terminerons en rappelant quelques précautions importantes à prendre en pratiquant cette opération qui, on peut le dire, est encore à l'étude.

Avant de commencer l'opération, MM. Nélaton et Demarquay se sont bien exactement lavé les mains.

Deux morceaux de flanelle neuve et imbibés d'eau de guimauve avaient été préparés afin que MM. Trousseau et Nélaton pussent retenir les intestins s'ils avaient quelque tendance à se montrer au dehors; mais, pendant tout le temps de l'opération, il n'est pas apparu une seule anse intestinale, à peine a-t-on aperçu une petite portion de l'extrémité de l'épiploon.

En faisant l'incision de la paroi antérieure de l'abdomen, il faut éviter de couper le droit antérieur, afin de ne pas intéresser les branches de l'épigastrique qui se distribuent dans son intérieur; de cette manière, on n'a aucune ligature à faire après l'opération;

enfin il faut, en faisant la suture, prendre le moins de péritoine possible dans les anses de fil.

Pendant soixante heures, les suites de l'opération furent des plus simples et laissaient présager un succès nouveau, lorsque, sous l'influence d'un effort fait par la malade, la pince qui fixait au dehors le pédicule de la tumeur tombe et laisse ce pédicule rentrer dans la cavité abdominale. Un instant, on a pu espérer que cette redoutable complication n'amènerait pas d'accidents fâcheux; mais au moment même où l'on se plaisait à ne pas désespérer encore de la guérison, le cinquième jour, une syncope mortelle est survenue, qui a emporté la malade. A l'autopsie, on a trouvé plusieurs litres de sérosité sanguinolente, dont la production a été provoquée par la rentrée du pédicule en suppuration dans la cavité abdominale.

La mort, dans ce cas, est le résultat d'un accident opératoire, et n'incombe nullement à l'ovariotomie elle-même. Ceux des médecins qui ont vu la malade, le second et le troisième jour après l'opération, l'ont trouvée dans des conditions meilleures que celles des derniers jours qui l'avaient précédée, fatiguée qu'était cette pauvre malade par les accidents de suffocation que produisait le développement de sa tumeur ovarique.

Le concours empressé que MM. Nélaton et Trousseau sont venus prêter, dans cette circonstance, à leur zélé confrère, légitiment mieux que nous ne le pourrions faire la tentative de M. Demarquay. Dans un cas de tumeur reconnu incurable chez une jeune fille de moins de vingt années, il n'y avait pas à hésiter à pratiquer l'ovariotomie.

Variole accompagnée d'accidents tétaniques chez un enfant nouveau-né. — Inoculation par piqure anatomique. — M. le docteur Le Barillier, médecin en chef de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, nous adresse l'observation suivante recueillie par M. Laborde, interne de son service. Le fait est intéressant à plus d'un titre, aussi nous empressons-nous de lui faire bon accueil.

Obs. Jeanne Raoul, enfant en subsistance, née le 9 décembre 1861, admise à l'hôpital le 12. — Constitution assez bonne; — poids 3k.500; — ictère léger. — Cette enfant est née à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux; la mère, bien portante au moment de son accouchement, est morte dix jours après, à la suite d'une variole très-confluente (elle avait allaité son enfant pendant trois jours).

Entrée le 12, l'enfant est vaccinée le 13; les pustules vaccinales suivent, pendant quelques jours, leur évolution habituelle; la teinte

ictérique des téguments disparaît sous l'influence d'un léger laxatif; le troisième jour de son admission, apparition de quelques points d'un muguet, qui devient bientôt confluent sur la langue, la voûte palatine et le voile du palais.

Le 15 décembre, l'enfant devient maussade, crie beaucoup; un peu de fièvre.

Le 17, le muguet n'a pas disparu, l'enfant crie sans cesse, refuse le sein; deux vomissements dans la journée, fièvre.

Le 18, éruption sur tout le corps de papules rouges, peu saillantes, la rougeur disparaît sous la pression du doigt; convulsion dans la journée, fièvre, vomissements fréquents, le muguet devient plus confluent.

Le 19, l'éruption couvre la face, le tronc, les membres; elle n'est pas très-confluente; l'enfant crie et pleure, refuse constamment le sein; convulsions, pas de diarrhée. Le soir, les papules prennent un aspect opalin et commencent à s'ombiliquer; l'enfant est séparée des autres; mugnet plus confluent, langue tuméfiée.

Le 20, l'éruption suit sa marche, l'enfant présente sur le corps des pustules remplies de sérosité et ombiliquées, d'autres à l'état de papules; convulsion; la face est tuméfiée; les paupières refusent de s'ouvrir; le muguet persiste.

Le 21, l'enfant, qui refuse toujours le sein, pousse de petits cris aigus, souvent répétés; les muscles du cou et ceux de la mâchoire se roidissent; la petite malade a de la difficulté à ouvrir la bouche; la respiration est pénible, les ailes du nez se dilatent; les vomissements continuent; fièvre; face pâle et tuméfiée, diarrhée; le muguet prend un aspect jaunâtre. (Lavement avec deux gouttes de laudanum.)

Le 22, l'éruption continue, pustules ombiliquées, mais pas très-confluentes; les mâchoires et la langue sont roides; une écume blanche coule de la bouche, roideur tétanique des muscles du cou, du tronc et des membres; l'enfant, dans son berceau, est soulevée d'une seule pièce, les mains sont fléchies, les doigts contractés; l'enfant pousse de temps à autre un petit cri étouffé; la respiration est difficile; les inspirations courtes; la face est tuméfiée, rouge, les yeux injectés quand on soulève les paupières; vomissements, diarrhée séreuse; à l'auscultation, on entend des râles muqueux et sibilants dans toute l'étendue de la poitrine. (Lavement avec trois gouttes de laudanum, synapismes, frictions avec l'huile de camomille camphrée.)

Le 23, la respiration s'embarrasse de plus en plus; les mouvements d'inspiration et d'expiration sont à peine perceptibles. Mort dans la soirée.

Autopsie, vingt-quatre heures après le décès : roideur cadavérique prononcée, pustules ombiliquées sur le tronc, la face et les membres, assez nombreuses; il s'en écoule, à la ponction, une petite quantité de sérosité purulente. La cavité buccale et le pharynx sont tapissés de muguet; l'estomac et l'intestin sont légèrement injectés, la muqueuse de l'estomac un peu ramollie; les poumons un peu engoués surnagent quand ils sont plongés dans l'eau;

les méninges sont injectées, et les vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang ; il y a un peu de sérosité dans les ventricules.

En pratiquant l'autopsie, M. Laborde se fait une légère piqûre à l'index droit ; ce jeune homme, très-bien portant, vacciné, est pris le lendemain de céphalalgie, courbature avec frissons et vomissements.

Le 26, ces symptômes continuent avec fièvre prononcée, vomissements fréquents.

Le 27, même état, céphalalgie persistante.

Le 28, éruption érythémateuse qui, le lendemain, devient pustuleuse. — Pustules petites, conoïdes, non ombiliquées, disséminées sur le tronc, la face et les membres.

La piqûre à l'index qui, dès le lendemain, était devenue rouge et douloureuse, est le siége d'une pustule plus volumineuse et dont la dessiccation s'est fait le plus attendre.

Le 30, M. Laborde est mieux.

N'est-pas là une inoculation véritable plutôt qu'une coïncidence ? Nous n'avions pas à l'hôpital, fait remarquer M. Le Barillier, d'autre varioleux que cette enfant, et nous n'en avons pas eu d'autre depuis lors !... Nous partageons son avis.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Bubons vénériens. *Traitement par les vésicatoires.* Dans le numéro du 15 juin dernier, nous avons exposé les vues pratiques de M. le docteur Alph. Guérin sur les divers modes de traitement des bubons vénériens, et en particulier sur l'emploi des vésicatoires simples multiples, qu'il considère comme le moyen le meilleur et le plus sûr pour faire avorter les bubons. Voici un nouveau témoignage en faveur de l'efficacité de ce moyen, qui est fourni par la pratique de M. le docteur Netter, médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Frappé des bons effets qu'un grand nombre de praticiens déclaraient avoir obtenus par l'emploi des vésicatoires, soit seuls, soit avec adjonction d'applications topiques diverses, et convaincu par l'analyse des faits déjà nombreux consignés dans la science, que c'était beaucoup moins à ces topiques adjuvants qu'au vésicatoire lui-même qu'étaient dus les bons résultats, M. le docteur Netter a voulu, de son côté, fixer la valeur de cette méthode par une large expérimentation. Il y a été d'autant plus naturellement conduit, que l'un de ses prédécesseurs dans le service des vénériens de l'hôpital de Strasbourg, M. le docteur Leuret, lui avait déjà affirmé qu'il avait toujours employé avec avantage les vésicatoires simples dans le traitement des bubons, et qu'il avait constaté que cette médication avait pour effet de provoquer la résolution des bubons durs, et que dans les cas d'adénites abcédées, le pus, sous l'influence des vésicatoires, s'en écoulait par une sorte de *filtration* à travers le derme dénudé.

M. Netter a pu expérimenter ce moyen sur une série de 90 cas d'adénite. Voici ce qui est résulté de ses observations à cet égard :

1° La filtration du pus peut être constatée par l'inspection directe ; un vésicatoire étant entretenu sur une adénite suppurée, si journellement on enlève avec soin les fausses membranes qui recouvrent la plaie, et que l'on dessèche celle-ci avec un lambeau de compresse fortement appliqué contre, on voit tout aussitôt des gouttelettes de pus perler à la surface ;

2° Étant donnée une adénite suppurée, même d'un volume considérable, et le vésicatoire étant entretenu comme il a été dit tout à l'heure, il peut arriver qu'on trouve d'un moment à l'autre la plaie et le linge à pansement couverts d'un pus épais et si

abondant que les draps de lit mêmes en seront mouillés, et cependant à l'inspection la plus minutieuse point d'ouverture appréciable. Le fait se renouvelant les jours suivants, la tumeur diminue en proportion de la filtration, l'abcès se vide complétement, la peau se rétracte et la guérison s'opère sans laisser la moindre cicatrice;

3° Enfin, dans d'autres cas, les orifices imperceptibles d'écoulement s'agrandissent quelque peu, formant, à cause de leur multiplicité, un véritable crible qui, cette fois, est parfaitement visible; d'autres fois, plusieurs de ces petits trous se réunissent en un seul, et de là des ouvertures plus ou moins grandes.

Pendant que M. Netter réunissait ainsi les preuves de cette filtration du pus, il a constaté en même temps l'influence remarquablement heureuse du vésicatoire à tous les autres points de vue du traitement des bubons, fonte des parties dures, amélioration de l'état des plaies, recollement de la peau avec les tissus subjacents, insignifiance des cicatrices. En un mot, tout ce que M. Reynaud a cru, dans ses expériences, devoir attribuer au deutochlorure de mercure, M. Netter l'a obtenu avec les vésicatoires simples.

En résumé, voici la manière de procéder de M. Netter dans le traitement des bubons par les vésicatoires simples :

Bubons durs. (Quels qu'ils soient, indolents ou douloureux et enflammés, de telle ou telle forme), vésicatoire volant, de la grandeur de la tumeur, à renouveler à mesure du desséchement de celui déjà appliqué.

Bubons suppurés. Entretenir le vésicatoire avec la pommade épispastique aux cantharides, et attendre patiemment que le pus s'écoule; cette évacuation s'opérant enfin, soit par filtration, soit par des ouvertures plus ou moins grandes, se contenter d'essuyer matin et soir, *grosso modo*, la matière purulente qui recouvre la plaie, sans s'attacher à enlever sur celle-ci les fausses membranes, et sans comprimer la tumeur à l'effet de hâter la sortie du liquide. En cas de filtration, continuer le pansement avec la pommade épispastique, jusqu'à ce que l'abcès soit vidé. S'il arrive que celui-ci crève, et présente une ouverture plus ou moins large, panser la plaie avec un linge enduit de cérat.

Bubons anciens, ouverts avec décollements, indurations partielles et foyers multiples. Vésicatoires volants multiples aux endroits du décollement et sur les indurations; vésicatoires entretenus sur les collections purulentes. (*Gaz. méd. de Paris*, janvier 1862.)

Daturine. *Son emploi comme mydriatique.* Depuis quelque temps, M. Jobert (de Lamballe) remplace les préparations belladonées par une simple solution de daturine, en fondant la préférence qu'il donne à la dernière de ces substances sur les considérations suivantes :

1° La daturine est trois fois plus active que l'atropine et ses sels; par conséquent, les doses de daturine doivent être trois fois moins fortes que celles des préparations d'atropine;

2° Introduite dans les paupières, elle ne détermine pas de douleur et n'a pas l'inconvénient de brouiller la vision comme lait la belladone;

3° Enfin, les effets de la daturine sont plus constants que ceux de la belladone, et son action persiste plus longtemps que l'action de cette dernière.

Nous doutons que cette dernière propriété de la daturine la fasse entrer dans la pratique courante de l'ophthalmologie. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, décembre 1861.)

Injections *de chloroforme et d'eau-de-vie dans la cavité utérine.* M. le docteur Paul Lubin, à Avesnes-sur-Helpe (Nord), a eu l'idée de traiter les divers symptômes morbides de l'hystérie par l'injection de liquides variés à l'intérieur de l'utérus. Il y a deux ans, il publiait l'observation d'une femme hystérique, chez laquelle il avait fait cesser des douleurs atroces en injectant du chloroforme dans la cavité de l'utérus. Les douleurs n'ont plus reparu depuis cette époque, mais au commencement du mois de mars dernier, la malade a été affectée de cécité complète. M. Lubin a pensé qu'il la guérirait, s'il parvenait à rappeler les douleurs utérines dont elle était autrefois atteinte, et pour ce faire il a eu l'idée de lui injecter de l'eau-de-vie dans la cavité de la matrice, comme il lui avait autrefois injecté du chloroforme. Pour procéder à cette opération, M. Lubin se sert d'une sonde d'homme, qu'il conduit à destination, en s'aidant de l'indicateur gauche comme guide; la sonde placée, l'opérateur se met dans la bouche 5 à 6 grammes du liquide qu'il se propose d'injecter, et il porte ce liquide par insufflation dans la cavité

utérine. Le succès, affirme-t il, a été complet et instantané.

Il y a lieu de se demander, d'une part, si le succès est bien dû en réalité à l'emploi du moyen, ou, en d'autres termes, si, vu l'exiguïté de la cavité utérine dans les conditions ordinaires de vacuité, les injections ont pénétré réellement dans cette cavité, ou ont pu y séjourner assez longtemps pour en assurer l'efficacité. D'autre part, quand on se rappelle les graves accidents auxquels ont donné lieu des injections de liquides même inertes, tels que de l'eau simple, ne doit on pas y regarder à deux fois avant de se déterminer à imiter une semblable pratique? — On ne saurait trop recommander, dans tous les cas, la prudence dans des essais de ce genre. (*Union méd.*, janvier 1862.)

Malt. *Son emploi thérapeutique.* Depuis quelques années, les médecins allemands emploient comme médicament une substance connue déjà depuis longtemps dans l'industrie sous le nom de *malt*, et qui n'est autre chose que l'orge germée et séchée, telle que l'emploient les brasseurs pour la préparation de la bière. La dissolution du malt, après une heure de macération dans l'eau à + 75 degrés, offre cette singularité qu'on y retrouve le *gluten en dissolution*. C'est à la présence de ce corps albuminoïde que les médecins allemands attribuent les heureux effets qu'ils retirent du malt dans certaines affections catarrhales de la muqueuse bronchique et dans les divers accidents de la dyspepsie. M. le docteur Frémy, sur la foi de nos confrères d'outre-Rhin, a essayé cet agent. Voici les résultats qu'il annonce dans un travail qu'il vient de publier sur ce sujet:

Les produits expérimentés par M. Frémy, et qui lui ont été expédiés de Baruth, près Berlin, étaient de trois sortes: 1° une poudre de malt; 2° une bière de malt; 3° une poudre de malt pour bains. Il est bon de dire que la poudre de malt de Baruth est très-riche en diastase, caractère que n'ont pas présenté les échantillons pris à Paris. La quantité de sucre de fécule est de 2 grammes pour 100. La proportion de *lupulin* contenue dans cette poudre est également beaucoup plus grande que dans les échantillons de Paris.

La bière de malt, beaucoup plus chargée d'alcool que celle de Paris, est plus riche également en principes solides, et renferme surtout des quantités très-notables de *lupulin*.

M. Frémy a, pendant six mois, administré le malt à plusieurs malades, et a observé les résultats suivants: sur 64 phthisiques qui ont pris assidûment des préparations de malt, aucun n'a été guéri; mais les phénomènes généraux qui accompagnent généralement la tuberculisation pulmonaire (sueurs, diarrhées, etc.) ont presque toujours paru modifiés avantageusement; les bronchites, les catarrhes pulmonaires ont subi une influence très-satisfaisante de l'emploi du médicament, et la guérison a été obtenue rapidement, surtout chez les vieillards, qui, à la suite de bronchites persistantes, éprouvent si souvent des phénomènes de dyspepsie grave. Le malt, dans ce cas, guérit la bronchite et relève facilement les forces digestives. Les dyspepsies simples disparaissent aussi rapidement par l'usage du malt. Les expériences de M. Frémy l'ont amené à considérer l'introduction du malt dans la thérapeutique française comme très-heureuse, et il pense que c'est un médicament reconstituant très-utile. (*Monit. des sciences médic.*, décembre 1861.)

Maladies du larynx. *Procédé très-simple pour l'inhalation du nitrate d'argent.* Ce procédé, décrit par M. Hudley comme convenant au traitement des affections du larynx, se recommande par son extrême simplicité.

Pulvérisez du nitrate d'argent, en poudre impalpable, à une douce chaleur, dans un mortier de Wedgeward. Triturez-le ensuite avec du sucre de lait (la proportion ordinaire est une partie de caustique sur deux de sucre). Mettez cette poudre dans un flacon de verre d'un quart de litre, bouché, que vous aurez préalablement bien desséché en le chauffant.

Quand le patient veut procéder à l'inhalation, il prend dans la bouche un tube de verre de 2 centimètres de diamètre et de 7 à 8 centimètres de largeur. Il secoue doucement le flacon, le débouche, plonge le tube et commence à aspirer. Le nuage de poussière, qui flottait dans le flacon, pénètre ainsi dans les conduits de l'air.

La poudre peut se conserver pendant un mois, avec la seule précaution de chauffer le flacon lorsqu'on veut s'en servir, afin de chasser toute humidité.

En général, il faut se contenter

d'une à trois inhalations, répétées deux ou trois fois par semaine. (*American medical Times* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, décembre 1861.)

Métrorrhagie (*Nouveaux faits à l'appui du perchlorure de fer dans la*). Au milieu des doutes que suscite nécessairement un remède trop chaudement préconisé à son origine, il n'est pas inopportun d'enregistrer de temps en temps les faits qui prouvent son efficacité dans une maladie où l'abondance de secours n'est jamais un luxe inutile.

M. Torresini avait à soigner une fille souffrant depuis deux mois d'une métrorrhagie continuelle, de plus en plus abondante, qui l'avait beaucoup affaiblie et produit la teinte chlorotique. Ayant essayé inutilement l'ergotine, la sabine, le tannin, le tannate et le sulfate de fer, il lui administra 40 et successivement 80 gouttes de perchlorure de fer, dans les vingt-quatre heures. Dès les premières doses, la perte diminua sensiblement; elle ne tarda pas à s'arrêter. Aujourd'hui, au bout de vingt jours, la malade a déjà repris des forces et les couleurs de la santé.

Une jardinière robuste appela M. Torresini pour une très-abondante métrorrhagie puerpérale. 40 gouttes de perchlorure de fer, données en quatre fois, suffirent pour l'arrêter. Deux jours après, la malade ayant voulu faire son lit, l'hémorrhagie recommença. Le même remède, à la même dose, en vint à bout. Elle reprit ses occupations; une chloro-anémie consécutive disparut par l'emploi prolongé de sulfate de fer, à ces faits produits par M. Torresini, M. Dieudonné vient en ajouter quatre autres semblables empruntés à sa pratique. Dans deux cas ce médicament a été donné d'emblée; dans les autres, M. Dieudonné avait eu recours sans succès au ratanhia, à l'ergotine, à l'alun et au tannin La dose était de 4 à 6 grammes de solution de perchlorure de fer étendus pour 150 grammes d'eau distillée qui étaient pris dans les vingt-quatre heures. Le meilleur moyen de masquer la saveur atramentaire de la potion et d'y ajouter quelques grammes d'eau de menthe. (*Gaz. méd. Ital.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, décembre 1861.)

Rectum (*Gastrotomie contre l'invagination du*). Si l'incertitude du siége de la lésion intestinale rend la gastrotomie peu praticable dans les cas ordinaires de volvulus, M. Bertholi pense, au contraire, que cette opération est très-proposable, lorsqu'il s'agit d'une invagination du rectum. Il rappelle à ce sujet, que le signe distinctif entre l'invagination et le renversement simple du rectum, est que, dans le premier cas, il n'y a que *contiguïté* entre la base de la tumeur et les bords de l'anus, si bien qu'on peut faire pénétrer un stylet ou une sonde dans cet intervalle.

Lorsque la réduction ayant été impossible, on pratique la gastrotomie, il faut se rappeler que la cause des invaginations du côlon réside dans la laxité du repli de péritoine qui leur sert normalement de moyen de fixation. Aussi, dans le but de prévenir les récidives, M. Bertholi propose-t-il de fixer le mésocolon de l'intestin invaginé, par un point de suture, entre les bords de la plaie de la paroi abdominale. (*Bul. del. sci. med. di Bologna* et *Gaz. heb.*, janvier 1862.)

Sangsue (*Expulsion d'une*), *introduite dans le pharynx*. Le nommé Mohammed Ben Moussa, Marocain, âgé de trente-cinq ans, entré le 2 novembre dernier à l'hôpital du Sig à l'occasion d'une douleur qu'il se plaignait d'éprouver dans la gorge. Depuis une quinzaine de jours, ce malade avait la voix cassée et crachait abondamment du sang pur, rouge et non spumeux. La poitrine n'offrit à M. Villard aucun signe de tuberculisation. L'inspection de la gorge ne présenta rien non plus de particulier. Croyant dès lors avoir affaire à une laryngite chronique, il prescrivit des gargarismes aluminés, puis des frictions avec la pommade stibiée, le tout sans résultat. Le 23 novembre, le malade eut un accès de suffocation, et la religieuse de la salle ayant à ce moment examiné la gorge, aperçut une sangsue ou plutôt l'extrémité du corps d'un de ces animaux dans le fond de la cavité pharyngienne. Instruit de ce fait, le médecin examina de nouveau la gorge, espérant voir et saisir l'annélide avec des pinces de Museux. Mais il fut impossible de rien distinguer.

Alors il fit fumer au malade un cigare, en lui recommandant d'en avaler la fumée. Cette prescription fut suivie d'autant plus facilement que l'Arabe ne se doutait pas qu'on pût user autrement du cigare, et après quelques minutes il rejeta au milieu d'un nuage de fumée, une énorme sangsue presque asphyxiée et qui ne tarda pas à

périr.—Un moyen beaucoup plus simple, et que nous avons déjà indiqué à bon nombre de nos confrères qui exercent en Algérie, où ces faits sont fréquents, c'est l'usage de gargarisme d'eau sucrè. Le sucre fait tomber les sangsues aussi rapidement que le tabac en poudre. (*Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1862.)

Sciatique. *Echec de la cautérisation par l'acide sulfurique*; *succès de l'hydrothérapie.* On sait que Legroux préconisait, dans le traitement de la sciatique, la cautérisation sur le trajet du nerf au moyen d'un pinceau chargé d'acide sulfurique. Bien que cette méthode ait donné, à notre connaissance, d'assez nombreux succès, elle n'est, cependant, pas plus qu'une infinité d'autres méthodes, douée d'une efficacité constante et à toute épreuve. Voici un cas dans lequel, après avoir constaté son insuccès, M. le docteur Andrieux, de Brioude, a réussi à combattre une sciatique rebelle par l'emploi de l'hydrothérapie combinée.

Une femme d'une quarantaine d'années, encore bien réglée, fut prise, dans le mois d'avril, de très-vives douleurs à la fesse et à la partie postérieure de la cuisse gauche. Pendant une quinzaine de jours, la malade fut privée de sommeil et dut garder le lit. Un grand nombre de remèdes populaires furent mis en usage sans résultat L'un d'eux produisit un érysipèle sur la cuisse et la jambe, qui n'eut d'autre effet que de diminuer momentanément les douleurs, qui se firent sentir de nouveau avec la même intensité une fois l'érysipèle disparu. Au mois de juillet, un médecin, consulté, prescrit un grand vésicatoire; une cystite cantharidienne se manifeste, mais les douleurs ne diminuent pas. Un autre médecin propose la cautérisation par l'acide sulfurique. Une ligne est tracée sur le trajet du nerf, depuis la fesse jusqu'au pied, et comme la douleur s'irradiait selon la circonférence au-dessus et au-dessous du genou, deux lignes secondaires furent tracées sur ces points, perpendiculairement à la ligne principale. Toutes les précautions furent prises d'après les indications de Legroux; l'epiderme fut très-légèrement humecté, des plaques d'ouate furent appliquées sur les parties cautérisées. Pendant quatre ou cinq heures, les douleurs furent vives, au point de donner lieu à une attaque de nerfs; une escarre assez profonde se manifesta; la suppuration fut très-abondante, et, après six semaines, la cicatrice n'était pas encore faite au jarret, où un nouvel érysipèle s'était déclaré. Cependant, les douleurs névralgiques persistaient toujours avec la même intensité.

La malade fut adressée alors à M. Andrieux, qui la soumit, dans son établissement hydrothérapique, au traitement suivant :

A huit heures du matin, bain russe de vingt minutes, douche tempérée à la suite; à dix heures, douche tempérée de quatre minutes, en dirigeant une forte colonne sur le trajet douloureux; à deux heures du soir, étuve sèche à vapeur de goudron, prolongée de manière à obtenir une transpiration de trois quarts d'heure, demi-bain dégourdi à la suite; à quatre heures, douche comme le matin.

Au troisième jour, la malade était arrivée à employer l'eau complétement froide, et la durée des douches fut réduite d'abord à deux minutes, pour être progressivement portée à quatre.

A partir du cinquième jour, la douche du matin fut alternée, c'est-à-dire que l'eau employée passait subitement de 35 degrés environ à 10, de demi-minute en demi-minute. La douleur, qui avait commencé à décroître dès le second jour, avait complétement disparu le sixième, et la malade quitta l'établissement après deux semaines de traitement. La névralgie n'a plus reparu. (*Gaz. des hôpit.*, janvier 1862.)

VARIÉTÉS.

De la natation à sec dans le traitement de quelques paralysies anciennes des membres. — Description d'un appareil qui facilite cet exercice.

Par M. le docteur Tripier.

Lorsqu'on voit un certain nombre de paralysies des membres, on constate bientôt que, presque constamment, les muscles extenseurs sont plus profondé-

ment lésés que les fléchisseurs, ou même qu'ils paraissent exclusivement affectés.

Bien que la faradisation des muscles dont le fonctionnement est compromis ait souvent donné des résultats avantageux, je pense que ce mode de traitement ne doit pas être employé exclusivement et que, dans le plus grand nombre de cas, un moment arrive où une gymnastique bien dirigée devient la ressource la plus utile.

L'indication est ici de faire exécuter au malade un ensemble de mouvements volontaires qui mettent surtout en jeu l'activité des extenseurs. Or, aucun exercice ne satisfait à cette indication aussi bien que la natation.

Mais la natation n'est possible que dans un petit nombre de localités, et seulement pendant l'été.

La natation suppose le bain frais. Celui-ci peut être contre-indiqué; dans tous les cas, sa durée est trop courte pour qu'il soit utile de le conseiller uniquement en vue de l'exercice qu'y prendra le malade.

L'état du malade peut être tel que les mouvements qu'exige la natation lui soient difficiles ou impossibles, dans un milieu où il ne se trouve que médiocrement à l'aise.

Enfin, le plus souvent, le malade ne sait pas nager. C'est le cas de tous les sujets atteints de la paralysie étudiée et décrite dans ces derniers temps par M. Duchenne, sous le nom de *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.*

Convaincu de l'utilité des mouvements de natation dans un grand nombre de cas de paralysie des membres, et n'ayant pu conseiller cet exercice à quelques malades qui en auraient eu besoin, je me suis trouvé conduit à prescrire un appareil qui rendît possible et même facile la natation à sec.

Voici la description de cet appareil :

Quatre cordes réunies à leur partie supérieure soutiennent dans une position horizontale le patient que leurs extrémités inférieures embrassent en dedans des épaules et au niveau des aines, au moyen de bourrelets annulaires aplatis.

Ces quatre cordes inextensibles figurent les arêtes d'une pyramide quadrangulaire dont la base est formée par un plastron de forte toile destiné à soutenir le tronc et à empêcher le trop grand écartement des bourrelets annulaires qui le supportent.

La partie moyenne du plastron doit être prolongée latéralement, de manière à former une ceinture lâche offrant prise à un cordage vertical qui complète la sustentation du tronc.

Le patient étant ainsi commodément suspendu, il reste à soutenir les membres pour les empêcher de tomber, et à créer à leur extension des résistances qui reproduisent autant que possible celles d'un milieu liquide dans lequel on nagerait.

On y arrive en coiffant les mains et les pieds de guêtres auxquelles s'attachent des cordons élastiques fixés par leur autre extrémité à la partie moyenne d'échelons qui relient les deux cordes destinées aux aines ou aux épaules. Plusieurs ressorts à boudins contribuent à donner une élasticité suffisante à chacun de ces cordons résistants.

On attachera le chef supérieur des résistances élastiques à des échelons d'autant plus élevés que les membres du patient auront plus besoin d'être portés.

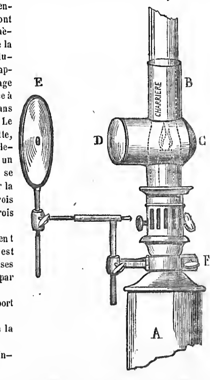
Les choses étant ainsi disposées, les mouvements de natation peuvent facilement s'exécuter. Les efforts du malade seront dépensés uniquement à produire

les mouvements d'extension, mouvements utiles ; le retrait des ressorts opérera ceux de flexion.

Indépendamment des services que cet appareil est appelé à rendre dans le traitement de la plupart des paralysies des membres, son usage dans les gymnases, les colléges et même dans les familles, permettrait d'apprendre à nager aux enfants en très-peu de temps.

Appareil d'éclairage laryngoscopique du docteur Mandl, construit par M. J. Charrière.

Cet appareil se compose d'un abat-jour cylindrique posé sur la lampe qui enveloppe la flamme de toutes parts. Il se termine d'un côté par un miroir concave, de l'autre côté par une lentille convexe ; l'un et l'autre ont un diamètre de 10 à 12 centimètres et sont placés de sorte que la flamme se trouve au foyer. La lumière puissante que donne cet appareil, dont M. Mandl fait usage depuis dix-huit mois, est dirigée à l'aide d'un miroir concave, dans la plaque où elle doit éclairer. Le laryngoscope, placé sous la luette, le miroir concave fixé habituellement sur des lunettes ou sur un manche placé entre les dents, se trouve maintenant supporté par la lampe elle-même à l'aide de trois branches qui permettent les trois mouvements.



L'observateur, complétement isolé de l'appareil d'éclairage, est alors entièrement maître de ses mouvements, comme on le voit par la figure ci-après.

A. Lampe qui sert de support au miroir.

B. Abat-jour qui enveloppe la flamme.

C. Réflecteur métallique interne et convexe.

D. Lentille convexe.

E. Miroir concave qui dirige la lumière sur le malade.

F. Bague brisée pour fixer l'appareil sur la lampe.

Le corps médical a fait en ces dernières semaines des pertes regrettables, celles de : MM. Seutin, professeur à l'Université de Bruxelles, l'auteur de la méthode *amovo-inamovible* ; Négrier, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers ; Tirman, membre du Conseil général des Ardennes ; Arrachart, professeur à l'Ecole de médecine de Lille ; Ménière, chirurgien en chef de l'institution des sourds-muets et l'un des représentants les plus distingués de la littérature médicalo.

Un concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce doit s'ouvrir le 1er avril prochain. L'un de ces emplois se rattache à l'enseignement de la médecine opératoire et des appareils, l'autre à celui de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises de l'armée.

Le docteur Riberi a fondé un prix triennal de 20,000 livres à décerner par l'Académie médico-chirurgicale de Turin. Sont admis à concourir tous les ouvrages imprimés ou manuscrits (en latin, italien, français) concernant les sciences médicales, et en particulier ceux qui réalisent un progrès important dans la science.

M. le docteur Boeckel, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Kœberlé, dont la délégation est expirée. M. le docteur Joessel remplace M. Boeckel comme prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire.

M. Baillarger est appelé à faire partie de la commission du goître et du crétinisme, nommée par le ministre de l'agriculture et du commerce.

M. le professeur Jobert (de Lamballe) vient de faire don à l'association générale des médecins de la France d'une somme de 200 francs.

L'administration de l'assistance publique vient de louer à Bellevue une maison qu'elle compte mettre à la disposition des chirurgiens des hôpitaux, pour qu'ils puissent y pratiquer, dans les meilleures conditions possibles, certaines opérations exceptionnelles si rarement suivies de succès dans les hôpitaux de Paris.

Par arrêté du 13 janvier, M. Coutenot, professeur adjoint de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Martin, décédé.

Deux médecins belges, MM. le docteur Van der Espt, de Courtrai, et M. le docteur Van den Corput, de Bruxelles, se disputent en ce moment la priorité de l'emploi thérapeutique de l'*iodure d'antimoine*. Pour mettre ces deux confrères d'accord, nous leur citerons l'extrait suivant de la séance du 23 août 1859 de l'Académie de médecine de Paris : « M. Ch. Robin dépose sur le bureau un mémoire, de M. le docteur Le Brument et de M. Périer, pharmacien à Rouen, sur la préparation et les propriétés chimiques et médicales de l'*iodure neutre d'antimoine et de l'iodure d'antimoine et de fer*, et sur la préparation et l'usage de tissus chargés de principes médicamenteux. — Commissaires, MM. Bouillaud, Grisolle et Boudet. » Désespérant d'obtenir un rapport, les auteurs nous ont adressé leur travail, que nous publierons dans notre prochaine livraison.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Étude clinique sur la digitale pourprée.

Lettre à M. Debout, par M. Hirtz, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

En m'offrant une place dans vos colonnes, vous m'avez induit en une tentation à laquelle je ne puis résister ; le public du *Bulletin* s'intéresse particulièrement aux progrès de la thérapeutique, et si vous l'avez rendu difficile par les travaux que vous lui servez habituellement, vous l'avez aussi, en aiguisant son appétit, rendu plus facile à contenter.

C'est sous le bénéfice de cette dernière réflexion que j'accepte votre hospitalité pour quelques travaux de thérapeutique spéciale.

Mais il convient, avant tout, d'exposer en quelques phrases nos vues générales sur l'esprit qui doit guider, selon nous, les recherches sur l'action médicamenteuse.

Après les radicales révolutions qui, au commencement de ce siècle, ont fait table rase de toute la nosologie ancienne, la médecine moderne a compris qu'il fallait réédifier de toutes pièces l'édifice scientifique et y a mis une main aussi courageuse qu'intelligente ; courageuse, parce que immense était le travail ; intelligente, parce qu'elle a procédé avec une méthode rationnelle : posant d'abord l'anatomie comme base de la psychologie, et l'anatomie pathologique comme base de la nosographie. La thérapeutique ne pouvait venir que plus tard ; car qu'est-ce l'observation de l'action médicamenteuse sans la certitude du diagnostic ?

Mais enfin le but suprême, le but capital de toute médecine, c'est le traitement, et toutes les sciences que nous venons d'énumérer ne sont que des moyens pour y arriver.

Quand y arriverons-nous donc ? Le moment nous paraît venu ; car, grâce à la certitude que nous donne aujourd'hui la séméiotique, nous pouvons avec précision appliquer les données de l'observation.

D'un autre côté, la chimie met à notre disposition une foule de principes actifs, isolés par une savante analyse, ou bien des produits débarrassés de leurs enveloppes inertes ou répugnantes, et rend à la fois plus précis et plus faciles le dosage, l'administration et le contrôle des agents thérapeutiques.

Pourquoi donc, depuis le commencement de ce siècle, la pharmaco-dynamique se traîne-t-elle dans le marasme ?

Il serait trop long de rechercher les causes de cette stagnation. Si les luttes, luttes de haute doctrine, si les travaux exclusivement anatomiques qui les suivirent y ont eu une grande part, la méthode qui préside au contrôle de l'action médicamenteuse, l'esprit qui en dirige la recherche et en apprécie le résultat me paraissent être engagés depuis longtemps dans une voie fausse, dans une impasse sans issue, et propre à conduire par la discordance des résultats au découragement et au scepticisme.

M. le docteur Fonssagrives, dans un excellent travail inséré dans le *Bulletin*, a touché du doigt cette plaie avec beaucoup de précision et d'élévation. Nous-même, dans un travail récent, nous avons abordé cette question. Nous demandons la permission de la rétablir ici une seconde fois, en empruntant à nous-même quelques citations propres à poser le problème sur le terrain où nous voudrions l'amener :

« Il y a deux manières de peser l'action d'un agent thérapeutique : la première étudie son effet sur les éléments ou sur les appareils de l'organisme à l'état normal ou pathologique ; la seconde ne considère que le résultat, guérison ou insuccès ; la première procède par analyse et a pour but l'indication raisonnée ; la seconde ne s'attache qu'à l'issue finale, c'est l'empirisme ; la première se rend compte de l'insuccès et de la réussite, la seconde se borne à les compter et à les additionner.

« Tout est faux dans ce dernier procédé : théorie et pratique, principe et méthode. Le médicament n'agit pas sur la maladie, ensemble complexe d'éléments divers, mais sur un ou plusieurs de ses éléments, sur un ou plusieurs tissus, quelquefois sur un seul organe ou sur une seule fonction ; la guérison n'est pas un résultat simple, mais une *résultante* de plusieurs éléments. Il faut supputer, étudier cette action élémentaire; cette étude est facile, parce que cette action est simple, ordinairement palpable et constante à elle-même : le tartre stibié s'adresse à la température morbide, à la composition du sang, aux sécrétions, il n'en veut pas à la pneumonie; demandez-lui s'il a rempli le premier objet, car pour ce qui est du second, la guérison, ne l'en rendez pas responsable, elle peut être entravée par mille autres causes. La digitale ralentit le cœur et abaisse la température ; demandez-lui si elle a tenu cette promesse et non si elle a arrêté une hémoptysie, une inflammation, un anévrisme ; cela peut arriver si vous avez frappé juste, et manquer aussi par bien des raisons indé-

pendantes de son action. Le médicament ! c'est le bistouri employé pour ouvrir un abcès; si le malade meurt, direz-vous que le bistouri ne sait pas exciser la peau?

« Enumérer à propos de chaque agent thérapeutique les centaines de maladies où il a trouvé emploi, ou après chaque maladie exposer les médicaments qu'on peut lui opposer, c'est oublier que le hasard, la coïncidence, l'opportunité, mille circonstances étrangères à la force du médicament ont pu contribuer au succès ou au revers.

« La thérapeutique seule, de toutes les branches de la médecine, n'a pas encore secoué le joug du vieil empirisme; elle n'est pas entrée dans la voie de l'analyse; qu'elle aborde une bonne fois la méthode pharmaco-dynamique, qu'elle applique la virtualité du médicament, non à une maladie, mais à une indication élémentaire, et à la place de conclusions empiriques, nous aurons bientôt pour chaque médicament une série d'observations exactes qui nous donneront la mesure juste et nette du parti rationnel que nous pourrons en tirer. » (Eloge historique du professeur Forget, p. 27.)

Une autre cause purement matérielle pour ainsi dire, mais non moins influente, entrave les progrès de la thérapeutique; nous ne craignons pas de l'énoncer tout haut, c'est la négligence qui préside à la préparation des produits médicamenteux, dans la récolte des substances premières, dans le choix des parties de la plante employées, et quelquefois, mais plus rarement, dans la préparation des extraits et des principes actifs.

Dans un précédent travail que vous avez bien voulu reproduire en partie, nous avons appelé l'attention des pharmaciens et des praticiens sur ce point capital, et spécialement sur la différence d'activité dont jouissent les extraits, suivant la partie de la plante dont ils sont tirés; nous avons montré, comme exemple, que les extraits narcotiques donnent des produits dont l'activité est décuplée, selon qu'ils proviennent des racines, des semences ou des parties vertes de la plante, et suivant aussi qu'on emploie tel ou tel mode de préparation.

Sauf quelques rares exceptions, nous ne sachions pas que l'attention des observateurs se soit beaucoup préoccupée de cette grave différence. Les pharmaciens continuent à préparer, et les praticiens à employer les anciens extraits de feuille d'aconit et de jusquiame, quoique les premiers ne fournissent aucune action, les seconds très-peu, tandis que dans l'extrait de *racine* d'aconit et de *semence* de jusquiame, ils trouveraient des agents thérapeutiques d'une précision et d'une activité péremptoires. Mais que, par contre, vienne

à surgir une de ces puérilités de diagnostic, comme la raie dyspeptique des ongles ou les doigts crochus des phthisiques, cela fera le tour des livres, des journaux et des cliniques.

Comme corollaires des idées que nous venons d'émettre et de la méthode que nous préconisons, nous allons offrir à vos lecteurs un travail sur la digitale employée spécialement dans les maladies aiguës, travail bien incomplet, sans doute, comme tout ce qui en thérapeutique ressort de l'expérimentation individuelle, mais en appelant l'attention du praticien sur les lacunes que nous signalerons nous-même, nous avons le ferme espoir qu'elles seront comblées tôt ou tard.

Il y a bientôt un siècle que la digitale a pris rang dans la thérapeutique (Withering, 1785).

On l'a employée sous toutes les formes, dans tous les pays, dans de nombreuses et diverses maladies, et on devrait croire qu'avec la tendance exacte de la médecine moderne et la certitude actuelle du diagnostic, des notions bien claires et des indications bien déterminées devraient servir de base à son emploi. Quelles contradictions cependant dans les assertions, et aussi quelle confusion dans son application!

Dans un travail limité à un point de vue tout spécial, nous n'entreprendrons pas d'énumérer ni même de signaler toutes les causes de cet état des choses, nous rappelerons seulement les suivantes :

1° La mauvaise qualité de la substance première et de ses préparations ;

2° Les conclusions inexactes tirées de certaines expériences toxicologiques ;

3° L'interprétation fautive des résultats observés sur l'organisme sain et appliqués à l'état pathologique ;

Nous examinerons successivement et en autant de chapitres distincts :

1° Les préparations pharmaceutiques ;

2° L'action physiologique de la digitale observée sur les animaux et sur l'homme sain ;

3° L'action de la digitale dans certaines maladies, et spécialement dans *les maladies aiguës inflammatoires et fébriles* (1) ;

(1) Nos observations portant exclusivement sur la digitale et non sur la digitaline, nous ne nous occupons pas des travaux dont cette dernière substance a été l'objet, et particulièrement de ceux de MM. Hormotte et Quevenne, si bien faits d'ailleurs. Nous nous bornons à dire ici que, pour nous, la digitaline ne représente pas toutes les propriétés de la digitale.

I. *Action physiologique de la digitale.* — Traube (*Annales de la Charité*, t. II, p. 56) regarde l'action de la digitale sur le cœur comme l'effet d'une stimulation portée sur les filets du nerf vague qui se rendent au cœur, et qui, selon les opinions actuelles, exercent sur celui-ci une action modératrice (Weber). Traube fonde son opinion sur les deux expériences suivantes : Si on injecte dans les veines d'un chien une infusion de digitale (Hb. dig. 8, aq. 120), le cœur se ralentit, comme lorsqu'on stimule les filets d'un nerf vague par l'électricité ; si on coupe alors les filets de ce nerf, il s'ensuit une augmentation dans la rapidité de la circulation. Si, au contraire, avant de faire l'injection, on coupe le pneumo-gastrique, l'action déprimante n'a pas lieu ou est très-faible.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait principal qui ressort de ces expériences, c'est le ralentissement et l'arrêt de la circulation sous l'influence de la pénétration de la digitale dans le sang.

Les expériences de Stannius sur les chats (*Wierorth's, archives*, 1851) s'accordent avec celles de Traube sur l'action foudroyante de la digitale sur le cœur ; elles les complètent même, en prouvant par des expériences galvaniques que l'irritabilité du cœur se perd tellement vite, qu'il cesse immédiatement de répondre aux sollicitations électriques, les parois du cœur restent relâchées, tandis que les veines pulmonaires et les gros troncs artériels se contractent encore par la stimulation galvanique. La seule différence qui sépare ces deux expérimentateurs porte sur l'explication du phénomène que Stannius refuse de rapporter à la stimulation du nerf vague, puisque la section des filets de ce dernier n'empêche pas, selon lui, le phénomène de ralentissement d'avoir lieu ; il croit à une paralysie directe des filets musculo-moteurs du grand sympathique. Les expériences de Black (*Edinburgh-Journal*, 1859) confirment celles de Traube et de Stanius par des résultats identiques.

Quelle conséquence finale en tirerons-nous ? Une seule : c'est l'action élective et paralysante de la digitale sur le cœur. Quant aux nuances, aux progressions des symptômes, quant à leurs relations avec les phénomènes de température, de sécrétion et d'innervation, ce n'est pas par des expériences semblables, qui foudroient les animaux avant toute réaction, qu'on peut arriver à des déductions utiles en thérapeutique, et c'est malheureusement le côté faible de la plupart des expériences toxicologiques.

Cependant, il en est un certain nombre qui, conduites avec plus de mesure, nous permettent de suivre quelque transition dans l'effet du poison. Déjà quelques expériences d'Orfila sur les chiens

nous font voir des phénomènes plus gradués : l'agent toxique introduit sous la peau détermine une succession de symptômes annonçant une dépression des fonctions cérébro-spinales, le vomissement *sympathique* et le tremblement du cœur.

Enfin, les expériences de MM. Bouley et Reynal, entreprises sur des chevaux et conduites plus lentement, jettent encore du jour sur la série des modifications fonctionnelles produites, et nous montrent que la circulation et la température, d'abord légèrement augmentées, ne commencent à décliner qu'au bout de vingt-quatre heures, alors que survient la dépression nerveuse ; c'est à ce moment seulement que ces expérimentateurs ont observé l'augmentation de la diurèse.

Sans vouloir en rien conclure des animaux sains à l'homme malade, bornons-nous encore cette fois à résumer les phénomènes constatés :

1° Les doses toxiques, surtout celles injectées dans les veines, produisent la mort plus ou moins vite, en éteignant la vitalité du cœur, en agissant soit sur les nerfs régulateurs (Traube), soit sur les nerfs musculo-moteurs (Stannius).

2° Des doses plus ménagées semblent déterminer d'abord plutôt de l'accélération ou de l'intermittence dans le pouls et de l'augmentation de chaleur. Ces deux fonctions ne baissent qu'à la suite de la dépression nerveuse produite par la continuation de la digitale.

On voit alors l'impulsion du cœur diminuer d'abord de force, puis s'altérer dans son rhythme, et enfin diminuer dans sa fréquence. Les phénomènes de température suivent la même progression.

3° La diurèse est inconstante dans ses quantités.

4° Le vomissement survient quand même la digitale est administrée par toute autre voie que l'estomac (Orfila, Stannius) ; seulement, dans ce cas, la muqueuse de l'estomac révèle moins d'irritation.

De l'action physiologique chez l'homme sain, pour la digitale comme pour la plupart des médicaments énergiques, il ne faut point conclure une identité absolue avec l'action pathologiqne, ni par conséquent prendre la première pour mesure des effets qui vont se produire sur l'individu malade. Chez celui-ci les grands appareils de l'économie et surtout le système nerveux et les appareils de sécrétion et d'absorption sont tellement modifiés dans leur impressionabilité et leur activité, et particulièrement s'il y a de la fièvre, que conclure de l'action physiologique du médicament à son action thérapeutique c'est se préparer de graves mécomptes.

Qui ne connaît la différence d'action de l'opium sur l'homme sain et de l'opium dans une névrose grave, dans une inflammation aiguë ; qui ne sait l'extrême tolérance que la fièvre détermine pour certains médicaments comme le plomb, le mercure, le tartre stibié.

L'action de la digitale est réglée par la même loi. Prenez, par exemple, son effet diurétique dans la fièvre, il est complétement nul, et cela doit être, puisque l'état fébrile aigu a toujours pour effet de diminuer cette sécrétion. Prenez une hydropisie, une ascite produites par la compression de la veine porte ou une dilatation considérable du cœur droit : l'absorption et la circulation de retour, sont mécaniquement impossibles ; le sang ne renferme presque pas d'eau, comment voulez-vous que le rein en sécrète, et qu'y peuvent les diurétiques ? L'empirisme routinier peut seul compter sur une telle action.

Ce que nous allons donc dire de cette action physiologique ne peut avoir qu'une importance relative.

Circulation.— Si, à côté des expériences faites sur les animaux, nous plaçons les observations de quelques médecins sur eux-mêmes ou sur d'autres ; si nous résumons surtout celles instituées par Baydon et Baehr (*digitalis purp.;* Leipzig, 1859, ouvr. couronné), nous pouvons établir, comme se rapprochant le plus de la vérité, les données suivantes :

A faible dose : pouls légèrement accéléré, mais plus faible, quelquefois palpitation légère. Cet effet est fugitif et n'est pas suivi de quelques heures d'un ralentissement de ralentissement.

A faible dose continuée : même accélération d'abord, mais suivie, au bout de quelques heures d'un ralentissement de 4 à 10 pulsations ; alternance de ralentissement et d'accélération, suivant que l'individu garde le repos ou se livre au mouvement.

A dose forte : ordinairement accélération subite (Hutchinson, Baehr), bientôt suivie d'une dépression nerveuse avec diminution du pouls au-dessous de l'anormal.

S'il fallait absolument interpréter cette action, on se demanderait si la dépression du pouls est directe ou seulement la conséquence secondaire de son excitation. On penchera plutôt vers la première opinion, en se rappelant : 1° que les expériences de Traube et de Stanius ont constaté avec de fortes doses la cessation directe de l'impulsion du cœur, et sa mort subite se refusant même à la sollicitation galvanique ; 2° qu'à mesure que le pouls devient plus fréquent, la contraction devient plus faible ; 3° que chez les individus dont le

pouls est ralenti par la digitale, le moindre mouvement du corps l'accélère soudain, en le rendant filiforme ; 4° que, dans les expériences de MM. Reynal, Bouley et quelques autres, l'accélération préliminaire était ordinairement accompagnée de faiblesse du choc, de clarté du son et de ce tintement métallique caractère ordinaire de la débilité. Peut-être que les expériences sphygmographiques entreprises récemment, soit par M. Marey, soit par M. Vierorth, pourraient fournir quelques données pour l'élucidation de cette question.

Somme toute, ce qu'il y a de moins improbable, c'est une action paralysante exercée sur le cœur et ayant pour effet une systole incomplète des ventricules, leur dilatation momentanée. Dans ce cas, l'accélération préliminaire ressemblerait à ces tremblements musculaires qui caractérisent d'autres affections demi-paralytiques.

Ajoutons encore comme un fait observé par les expérimentateurs : 1° que le ralentissement ne commence souvent ou ne se développe complétement qu'au moment de la cessation du médicament ; 2° que selon la règle la plus générale à l'état physiologique comme à l'état morbide dans les empoisonnements comme dans les expériences, le pouls ne se ralentit qu'au moment de la dépression nerveuse. Le fait que nous avons déjà posé en principe dans notre précédent travail ressort de la plupart des faits bien observés.

Sur la température, pendant l'emploi physiologique de la digitale, nous avons peu de choses précises. Les travaux de Traube ne portent, sous ce rapport, que sur l'état pathologique, et nous y reviendrons. Les expériences de MM. Bouley et Reynal, citées plus haut, comme celles de MM. Demarquay, Duméril et Lecointe (sur l'action des sédatifs et des altérants sur la chaleur animale, 1851), s'accordent à constater une augmentation de température au début, mais seulement dans les premières heures ; l'augmentation est de deux degrés, mais huit fois sur neuf expériences.

Néanmoins, dans les cas d'intoxication sur l'homme, on trouve toujours noté l'abaissement de la température, non-seulement ressenti par les malades, mais encore constaté par le médecin, quoique sans indication thermométrique. (Voir, entre autres, les deux cas cités par MM. Bouchardat et Faure, Annuaire 1849.)

L'étroite connextion de la chaleur animale et de la circulation laissent deviner ce résultat, qui n'est pas en désaccord avec l'idée d'une action débilitante. L'accélération primitive du pouls et l'élévation de la température peuvent être regardées comme une réaction contre l'effet en sens opposé de la digitale, de même qu'on voit la peau s'échauffer en réaction contre un froid modéré et l'esto-

mac sécréter plus d'acide gastrique au contact d'une substance alcaline. Les savantes recherches de M. Milne-Edwards sur l'*influence des agents physiques sur la vie* fournissent des applications nombreuses de cette loi. La belle expérience de M. Claude-Bernard, déterminant par la section du filet cervical, du grand sympathique la rougeur et la chaleur dans les parties que ce filet anime, nous donne, pour ainsi dire, sur une portion capillaire de la circulation une représentation de ce qui doit se passer dans le cœur sous l'influence de la digitale, sur les filets nerveux de cet organe.

Mais passons sur ces données de l'hypothèse, en ajoutant au point de vue pratique que les modifications de la température et de la circulation semblent surtout dépendre de la dose et de la durée de l'emploi du médicament.

L'action de la digitale sur les voies digestives est mieux connue. Elle ne nous arrêtera pas longtemps. Ce qu'il faut constater cependant tout d'abord, c'est qu'elle n'est pas seulement le résultat d'une irritation locale, puisqu'elle survient quand le médicament est appliqué par d'autres voies; c'est toujours une réaction faible ou violente de l'organe digestif avec nausées permanentes, dégoût, vomissements et tendances à la constipation. Il paraît seulement que les traces de phlegmasie si fréquentes dans l'empoisonnement direct manquent dans le cas où la digitale a été administrée par absorption ou injection veineuse.

Action diurétique. C'est ici que règne encore l'obscurité et la contradiction, les affirmations et les négations en tous sens. En définitive, chez l'homme ou chez l'animal bien portants, la digitale augmente-t-elle la diurèse?

Ce fait qu'une expérimentation soigneuse et entreprise sur une certaine échelle pourrait et devrait mettre hors de doute n'est pas encore bien élucidé. Quant à nous, si nous exprimons nos impressions, nous ne croyons guère ni à une action constante ni à une action bien prononcée, sans pourtant le nier tout à fait; car nos observations personnelles portent surtout sur des sujets malades. Les expériences les plus probantes sont celles que M. Baehr, de Hanovre, a faites avec beaucoup de soin sur lui-même.

Elles tendent à établir qu'au début la diurèse diminue légèrement, et que vers la fin, elle augmente faiblement; que parfois sa densité augmente quelque peu, sans changement de qualité chimique, ni d'odeur ni de saveur. C'est un pauvre résultat pour une si vieille réputation. Reste à savoir si la digitale ne manifeste ses qualités diurétiques que dans des cas pathologiques, comme, par exemple,

l'hydropisie; c'est l'opinion d'un certain nombre d'observateurs (Neuman, Vasalle, Bouchardat, Sandras, Strohl). Nous l'examinerons plus tard.

L'action sur le système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire est mieux connue, trop connue pour que nous nous y arrêtions. On s'accorde généralement à noter sur l'homme et les animaux des vertiges, de l'obnubilation, de l'ivresse, et dans les intoxications graves, des syncopes, du délire (Oulmont), des troubles et des erreurs de la vue; en un mot, une action fort analogue à celle de l'alcool et suivie d'une dépression qui est ordinairement le point de départ des modifications de circulation et de température qui font la base de l'emploi thérapeutique de la digitale.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur le traitement des adénômes et des tumeurs irritables de la mamelle par la compression,

Par M. Paul Broca, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

§ I. *Adénômes simples.* — Le traitement des tumeurs par la compression, déjà essayé çà et là, sans aucune suite, par quelques chirurgiens, fut mis en honneur, il y a une trentaine d'années, par Récamier, qui en régularisa l'application, et qui en obtint incontestablement de beaux résultats. A cette époque, la classification des tumeurs ne reposait que sur des données tout à fait insuffisantes, le groupe des cancers n'avait pas encore été débrouillé; on y confondait, pêle-mêle, les affections les plus diverses; le diagnostic était moins avancé encore que l'anatomie pathologique, et, par exemple, il était bien rare qu'une tumeur du sein ne fût pas considérée comme cancéreuse.

Récamier crut donc, de très-bonne foi, qu'il avait guéri par la compression de véritables cancers de la mamelle. Il appliqua en grand cette méthode au traitement de toutes les tumeurs qui y étaient accessibles, et, par suite de la confusion que je viens d'indiquer, il fut conduit à dire que la compression guérissait beaucoup de cancers, qu'elle améliorait les autres, et qu'elle était, dans la plupart des cas, préférable même à l'opération.

A la nouvelle des succès qu'il annonçait, on voulut l'imiter. Non-

seulement on échoua, mais on remarqua même que ce traitement paraissait souvent aggraver la marche du mal. On ne pouvait d'ailleurs méconnaître que le cancer est une maladie générale, ou au moins diathésique, et quand on le voyait récidiver après l'ablation la plus complète, on était bien autorisé à élever des objections théoriques contre la méthode préconisée par Récamier.

La compression fut donc à peu près abandonnée. Pourtant, il était bien positif qu'un certain nombre de malades avaient été guéris par cette méthode; car, si l'on était en droit de se méfier des appréciations de l'auteur, lorsqu'il disait que la marche du mal avait été retardée, on était bien obligé de le croire lorsqu'il citait des observations de guérison complète, et ces cas ne laissaient pas que d'être fort embarrassants, fort difficiles à interpréter.

Ces hésitations commencèrent à se dissiper lorsque A. Cooper, M. Cruveilhier et M. Velpeau eurent décrit, sous des noms divers, une affection de la mamelle qui, jusqu'alors, avait été généralement confondue avec le cancer. Mais ce fut seulement lorsque le microscope eut démontré la nature glandulaire de ces tumeurs, appelées alors *fibreuses, fibrineuses* ou *adénoïdes*, qu'on put comprendre nettement les indications d'une méthode trop préconisée par les uns, trop décriée par les autres.

La compression prolongée fait atrophier et résorber la plupart des tissus, même le tissu osseux. Elle exerce sur les tissus pathologiques une action relativement beaucoup plus rapide, et d'autant plus efficace que ces tissus, toutes choses égales d'ailleurs, sont de formation plus récente. On sait, par exemple, combien une compression méthodique favorise la résolution des produits organisés de l'inflammation.

On sait, en outre, que le tissu glandulaire normal est un de ceux qui s'atrophient le plus aisément, sous l'influence de la compression. Si l'on a tant discuté sur la question de l'ablation totale de la parotide, c'est parce que cette glande, comprimée par des tumeurs de diverses natures, s'aplatit, s'atrophie, se réduit à une mince lamelle, et devient quelquefois presque méconnaissable. Elle n'est pourtant pas comprimée d'une manière méthodique, car elle peut fuir audevant des tumeurs, se réfugier dans le fond de son excavation, et une bonne partie de son tissu, ne reposant pas sur un plan osseux, n'est soumise qu'à une compression peu énergique.

Il suffirait donc de savoir que certaines tumeurs de la mamelle sont constituées en tout ou en partie par des éléments glandulaires pour concevoir l'espérance de les faire résoudre par la compression.

Il devenait, dès lors, probable que les succès de Récamier étaient relatifs, pour la plupart, à des tumeurs de ce genre. Pour m'en assurer, je dépouillai les observations de cet auteur, et je crus reconnaître, d'après l'analyse des symptômes, que quelques-unes des tumeurs guéries radicalement par la compression étaient des engorgements inflammatoires chroniques, et que presque toutes les autres étaient de nature glandulaire.

Je résolus dès lors de tenter, au moyen de la compression méthodique, la guérison des adénômes; mais, n'ayant encore ni hôpital ni clientèle, je dus attendre jusqu'au mois de septembre 1851 pour mettre ce projet à exécution; ce premier essai fut suivi d'un succès rapide et durable. On me permettra de résumer en quelques mots cette observation.

Obs. I. *Adénôme du sein gauche.—Compression.—Guérison complète et définitive en cinq semaines.* — Mme la générale S*** avait vu paraître dans le sein gauche, vers son temps critique, un engorgement chronique qui, à chaque époque menstruelle, devenait douloureux à la pression; cet engorgement constituait une tumeur parfaitement circonscrite mobile, qui occupait la partie supérieure et externe de la mamelle, et qui, après quelques oscillations de volume, avait atteint le volume d'un œuf de poule. Notre regrettable et respectable confrère M. Thierry prescrivit pendant l'hiver de 1850 des onctions d'onguent napolitain, et un traitement interne par le bichlorure de mercure, qui parut d'abord couronné de succès. La tumeur, au bout d'un mois et demi, était réduite au tiers de son volume, et tout à fait indolente. Mais une menace de salivation fit suspendre le traitement, qui fut repris quelque temps après, sans aucun résultat. Bientôt la tumeur recommença à s'accroître, et au mois de septembre 1851, lorsque je fus consulté à Sainte-Foy, elle avait de nouveau acquis le volume d'un œuf de poule. Quoiqu'elle fût le siége de quelques élancements, et malgré l'âge de la malade, je diagnostiquai une tumeur hypertrophique (adénôme). M. Thierry, qui avait vu la malade quelques mois auparavant, inclinait pour l'opération. Toutefois, lorsque je lui écrivis pour lui demander son avis sur l'opportunité de la compression, il s'empressa de me répondre qu'il approuvait cette tentative. Mme S*** avait alors quarante-neuf ans. Il y avait trois ans qu'elle s'était aperçue pour la première fois de l'existence de sa tumeur.

L'appareil compressif fut appliqué dans les premiers jours de septembre. La malade était maigre, ce qui facilita beaucoup l'action du bandage. Les premiers jours, surtout les premières nuits furent assez pénibles, à cause de la gêne de la respiration. Au bout de huit jours j'enlevai les bandes, et je vis avec étonnement que la tumeur était déjà réduite de moitié; la compression fut rétablie aussitôt plus strictement encore que la première fois, et renouvelée chaque semaine. A la fin de la troisième semaine, il ne restait plus qu'un

léger engorgement ; et à la fin de la cinquième semaine, tout avait absolument disparu.

La guérison a été radicale ; j'ai vu Mme S*** tous les ans et je suis certain qu'elle n'a pas eu de récidive. Elle est morte l'année dernière d'une affection aigüe de l'abdomen.

Depuis lors j'ai traité par la compression presque tous les adénômes de la mamelle qui se sont présentés à moi, soit à l'hôpital, soit en ville. Les adénômes très-mous et très-volumineux sont les seuls que je n'aie pas cru devoir soumettre à cette méthode, parce qu'ils ont, comme on sait, quelque tendance à s'ulcérer, et parce que la compression, ne pouvant guère être uniforme sur une masse très-grosse, et en général bosselée, ne serait probablement pas sans inconvénients.

On sait que les adénômes peuvent être ramenés à deux types principaux :

1° Dans les tumeurs du premier type, l'hypertrophie des éléments de la mamelle porte *presque exclusivement sur les culs-de-sac glandulaires*. Le stroma cellulo-fibreux de la glande, loin de s'hypertrophier au même degré, subit, au contraire, une atrophie plus ou moins prononcée ; la tumeur, enkystée en quelque sorte dans la membrane fibreuse périglandulaire, présente une assez grande dureté lorsqu'on l'examine à travers la peau ; néanmoins, son tissu offre peu de résistance, et lorsqu'on y pratique une coupe, il suffit de la pression de l'ongle ou d'une traction un peu forte pour l'écraser ou le déchirer. Ces caractères persistent tant que la tumeur ne dépasse pas un volume médiocre. Lorsqu'elle s'accroît davantage, son tissu se ramollit de plus en plus ; la membrane fibreuse qui l'entoure s'amincit, finit par céder, et se laisse soulever par des bosselures arrondies, mollasses, demi-fluctuantes, assez semblables à celles de l'encéphaloïde. A ce degré de développement, les adénômes présentent très-fréquemment dans leur structure diverses sortes d'altérations que je ne puis décrire ici ; c'est alors qu'ils tendent à s'ulcérer, et que je verrais quelque inconvénient à les soumettre à la compression. Mais, lorsqu'ils sont moins volumineux et moins avancés, lorsqu'ils ne présentent ni bosselures ni fausse fluctuation, ils se prêtent, au contraire, très-bien à l'action de la méthode compressive, qui a la plus grande chance de les faire résorber plus ou moins complétement.

J'ai vu plusieurs fois des adénômes de ce premier type disparaître en peu de temps sous le bandage, et j'ai pu en étudier le mode de résolution. La tumeur perd peu à peu sa dureté, à mesure que son

volume diminue ; sa consistance se rapproche de plus en plus de celle du tissu de la mamelle normale, jusqu'à ce qu'enfin il ne reste plus, à la place de l'adénôme, qu'un lobule glandulaire absolument semblable à ceux qui l'entourent. Ce lobule, en subissant un travail particulier d'hypertrophie, avait donné lieu à une tumeur, et la compression a déterminé un travail d'atrophie qui a fait rentrer définitivement les choses dans l'état où elles étaient primitivement.

Je ne prétends pas que les adénômes du premier type, c'est-à-dire les hypertrophies avec prédominance des culs-de-sac glandulaires, guérissent toujours aussi complétement. Il y a des cas où la résorption n'est que partielle ; il y en a d'autres où elle n'est que temporaire, et où un nouveau travail d'hypertrophie reproduit la tumeur après l'ablation du bandage. Mais, même dans les cas les moins favorables, il m'a paru que la marche du mal était presque toujours modifiée d'une manière avantageuse.

2° Les adénômes du deuxième type sont ceux où l'hypertrophie a porté *principalement sur le stroma cellulo-fibreux d'un lobule glandulaire*. Des groupes de culs-de-sacs ou d'acini se retrouvent au microscope, dans toute l'étendue de la tumeur ; on peut même le plus souvent distinguer à l'œil nu les points où ils existent ; mais la plus grande partie de la substance de l'adénôme est constituée par du tissu fibreux fort dense, et on conçoit très-bien que M. Cruveilhier, avant l'intervention décisive du microscope, ait décrit ces tumeurs sous le nom de *corps fibreux de la mamelle*. Les adénômes du deuxième type sont ordinairement peu volumineux, et parfaitement circonscrits. Ils ont peu de tendance à l'accroissement ; les cas où ils se comportent autrement sont exceptionnels. Ils sont donc moins graves que les autres, et peuvent rester stationnaires pendant un grand nombre d'années, même pendant toute la vie. En revanche, ils cèdent difficilement à la compression. Ils y sont quelquefois tout à fait réfractaires ; je ne les ai jamais vu disparaître entièrement sous le bandage ; mais j'ai pu les réduire à la moitié environ de leur volume primitif, et je les ai vus ensuite rester définitivement dans cet état.

Le traitement par la compression exige de la part du chirurgien beaucoup d'attention et d'assiduité, et de la part des malades une certaine résignation. Les femmes habituées, par l'usage du corset, à respirer suivant le type que les physiologistes appellent le *type costo-supérieur*, souffrent en général beaucoup, pendant les premiers jours, de la constriction qui s'oppose à la dilatation de la partie supérieure de la poitrine. Plusieurs éprouvent dans le dé-

cubitus horizontal une véritable dyspnée, et j'en ai connu une qui, pendant la première semaine, ne put dormir qu'assise dans un fauteuil. Il faut tenir compte de ces conditions pour ne pas décourager les malades. J'ai donc pris l'habitude de procéder d'abord avec beaucoup de modération, au risque de rendre le traitement un peu plus long. D'un autre côté, il ne faut pas que la constriction soit trop légère, parce que le meilleur moyen d'entretenir le courage et la confiance des femmes est de leur faire constater que leur tumeur, au bout de peu de jours, a diminué d'une manière notable. Lorsqu'elles sont une fois convaincues de l'efficacité du traitement, on peut agir avec plus de force, sans craindre de lasser leur patience.

Je n'emploie, pour établir la compression, que des rondelles d'agaric fixées sur la tumeur avec des bandes de toile. M. Velpeau, qui n'emploie pas cette méthode pour combattre les adénômes, mais qui s'en sert depuis longtemps contre les engorgements inflammatoires aigus ou chroniques de la mamelle, préfère se servir de bandelettes de diachylon, les unes circulaires, faisant le tour de la poitrine, les autres obliques, passant au-dessus de l'épaule du côté sain. Ce procédé a surtout été mis en vogue par M. Trousseau, et, quoiqu'il ne soit pas sans quelque inconvénient, je conçois qu'on lui donne la préférence lorsqu'il s'agit d'une mammite aiguë ou même d'une mammite chronique ; alors, en effet, il importe beaucoup que la compression soit exactement uniforme sur toute l'étendue de la mamelle, car il suffirait du moindre glissement, du moindre relâchement pour qu'une partie de l'engorgement inflammatoire, moins comprimée que les autres, fût exposée à la suppuration ou à la gangrène. On sait que c'est l'extrême difficulté d'établir ou de maintenir sur tous les points une pression égale, qui a empêché la plupart des praticiens d'adopter la méthode compressive dans le traitement des inflammations externes. On ne saurait donc prendre trop de précautions lorsqu'on se décide à l'appliquer, et les bandelettes agglutinatives sont alors bien préférables aux bandages ordinaires. Mais il n'en est plus de même lorsqu'on agit sur des parties qui ne sont pas enflammées et qui n'ont aucune tendance à s'enflammer. L'application du sparadrap est plus longue et plus difficile que celle des bandes de toile, elle expose, en outre, la peau mince et fine de la région thoracique à des érythèmes et à des excoriations, car il ne suffit pas alors de maintenir la compression pendant quelques jours seulement ; il faut qu'elle reste en place pendant plusieurs semaines, quelquefois pendant plusieurs mois, et le contact prolongé de l'emplâtre agglutinatif finirait sou-

vent par irriter et excorier la peau, surtout au niveau des aisselles, et sous le bord inférieur de la mamelle saine. Enfin les bandelettes de diachylon, par cela même qu'elles sont privées d'élasticité, gênent bien plus les malades que les bandes de toile. Je ne m'en suis servi qu'une seule fois, pendant une seule semaine, et j'ai été obligé d'y renoncer; la malade avait entièrement perdu le sommeil; elle supporta, au contraire, très-bien les bandes de toile, que j'employai jusqu'à la fin du traitement.

La plaque de fer-blanc, dont M. Raimbert se sert depuis longtemps pour comprimer la mamelle enflammée, ne m'a pas paru nécessaire. J'ai une fois essayé d'interposer entre les bandes et les rondelles d'agaric une lame de plomb, qui avait l'avantage de se modeler exactement sur les parties. Mais, quoique l'essai ait bien réussi, je n'ai pas trouvé que ce procédé fût plus efficace ni plus commode que le procédé ordinaire, qui a l'avantage d'être plus simple.

Le but de la plaque métallique est de mieux fixer les rondelles d'agaric, qui ont de la tendance à glisser au-dessous de la tumeur lorsque le bandage vient à se relâcher. Mais j'ai toujours pu les fixer suffisamment, en les épinglant sur les premiers tours de bande.

Je ne crois pas devoir décrire ici l'application du bandage ni les précautions nécessaires pour protéger, avec de la ouate, la peau fine et humide des aisselles, pour protéger surtout la mamelle du côté sain. Celle-ci doit être relevée au-dessus du bandage, et on peut le plus souvent la laisser entièrement libre. Chez beaucoup de femmes, surtout chez celles qui sont maigres, les tours de bande circulaires ou à peu près circulaires suffisent parfaitement; mais il est des cas où l'on est obligé d'y joindre des tours de bande obliques, passant sur l'épaule du côté sain. Quelquefois enfin une seconde série de tours obliques, passant de l'aisselle du côté sain sur l'épaule du côté malade, peut devenir nécessaire. Ces indications diverses dépendent de la conformation du thorax, du volume des mamelles, et enfin du siége spécial de la tumeur.

Une précaution tout à fait indispensable consiste à fixer les unes sur les autres les bandes imbriquées à l'aide d'un très-grand nombre d'épingles. Sans cela, le moindre relâchement permettrait aux tours de bande de glisser, de descendre sur la partie la plus inférieure du thorax, et la compression deviendrait illusoire au bout de quelques heures. J'ai quelquefois employé de cette manière jusqu'à une cinquantaine d'épingles; cela donne une telle solidité, qu'au bout de huit jours, et même de quinze jours, on retrouve toutes les bandes en place.

Enfin il va sans dire que deux fortes bretelles, semblables à celles du bandage de corps, doivent être fixées sur les bandes supérieures.

Je citerai plus loin l'observation de deux malades chez lesquelles, après la résorption de l'adenôme, il a été nécessaire, pour empêcher le retour d'accidents névralgiques, de maintenir pendant plusieurs mois une compression légère sur l'emplacement de la tumeur.

Sur les indications que je leur ai données, elles ont fabriqué elles-mêmes une espèce de corset en coutil piqué, avec deux larges bretelles passant sur les épaules. Ce moyen leur a parfaitement réussi, mais il ne peut exercer qu'une compression peu énergique, et serait tout à fait incapable de faire résorber un adenôme.

Je dois maintenant faire connaître, en résumé, les résultats que j'ai obtenus dans le traitement des adénômes par la compression; mais je ne puis en donner la statistique, parce que je n'ai pas recueilli toutes les observations, et parce que j'ai perdu de vue, avant la fin de la cure, un certain nombre de malades que j'avais traîtées dans divers hôpitaux pendant de courts intérims. Il y a donc des cas dont j'ignore l'issue, d'autres que j'ai pu oublier. En outre, pendant mon service au Bureau central, j'ai vu venir à la consultation plusieurs malades atteintes d'adénôme de la mamelle. Je les ai invitées à venir chez moi, je les ai traitées pendant quelques semaines. Mais une seule de celles-là est venue jusqu'à la fin de la cure; les autres ont disparu après trois ou quatre séances, sans même rapporter leurs bandes; soit que, rassurées sur la nature de leur mal par la diminution de la tumeur, elles eussent jugé inutile de se soumettre plus longtemps à la gêne du bandage, soit que, se voyant à peu près guéries, elles eussent conçu la crainte chimérique (je le leur pardonne bien) d'être exposées à une demande d'honoraires. Je ne puis donc donner ici le tableau complet des résultats de ma pratique, et je dois ajouter que je n'ai sans doute pas échappé à cette infirmité de notre nature, qui consiste à se souvenir plus fidèlement des succès que des insuccès. Mais il y a du moins un certain nombre de cas qui sont très-présents à ma mémoire : ce sont ceux que j'ai traités en ville, soit à Paris, soit dans mon département. J'attache à ces derniers faits une importance toute particulière, parce que je revois les malades chaque année, et que j'ai pu suivre, bien mieux qu'à Paris, les résultats définitifs du traitement.

Je divise en trois séries les résultats que j'ai obtenus.

1° Chez six femmes, la tumeur a disparu d'une manière complète. Trois ont été perdues de vue, et je suis disposé à croire que la guérison ne s'est pas démentie, car je leur avais recommandé de

venir me voir à la moindre apparence de récidive, leur promettant de les guérir de nouveau, le cas échéant, sans opération. Chez une de ces trois malades l'adénôme s'accompagnait de névralgie ; j'y reviendrai tout à l'heure (Voyez observ. III).

Quant aux trois autres, je les ai revues plusieurs fois, pendant plusieurs années, et je suis certain que la guérison a été radicale ; ces trois cas ont été traités à Saite-Foy, de 1851 à 1857 ; j'ai donné plus haut l'observation de Mme S***, qui a été la première malade. La seconde est une maîtresse d'école qui a été guérie en septembre 1853, après sept semaines de compression. Le traitement, commencé par moi, fut terminé par mon père ; la tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, occupait le sein gauche ; il n'en reste absolument aucune trace. La troisième malade, Mme B***, a été guérie de la même manière, aux vacances de 1857, de deux tumeurs du sein gauche, l'une du volume d'une grosse noix, l'autre un peu plus petite.

Je ne sais si je dois joindre à cette première série deux malades dont je donnerai plus loin les observations (Voir observ. IV et obs. V). Leurs tumeurs ont à peu près disparu depuis plusieurs mois ; je m'en suis récemment assuré ; mais ces deux femmes portent encore le corset spécial que j'ai déjà mentionné, parce que de petits élancements qui se manifestent lorsque le sein est en liberté leur font craindre une récidive.

2° Dans une deuxième série de cas, dont je ne puis préciser le nombre, mais qui s'élève à peu près à une dizaine, la compression a produit une diminution notable de la tumeur, qui est ensuite restée stationnaire. J'ai lieu de croire que ce sont surtout les adénômes avec prédominance de l'élément fibreux qui se comportent ainsi. Il m'a paru toutefois que l'élément glandulaire prédominait dans un de ces cas. La tumeur avait le volume d'une orange lorsque je commençai le traitement. Elle datait de plusieurs années et était encore en voie d'accroissement. L'embonpoint de la malade, qui était une demoiselle de quarante ans, rendit fort difficile l'application méthodique du bandage. Néanmoins la tumeur diminua assez rapidement ; au bout d'un mois elle était réduite au volume d'un petit œuf de poule ; le mois suivant elle ne fit aucun progrès vers la guérison ; le traitement fut alors abandonné ; mais la tumeur depuis huit ans est restée stationnaire, sous le volume auquel la compression l'a réduite.

Chez une dame qui avait dans le sein gauche trois tumeurs, dont la plus grosse avait le volume d'un œuf, une tumeur a disparu, la

seconde est réduite au volume d'une petite noix, la troisième n'est pas plus grosse qu'une noisette, et ces deux dernières tumeurs sont stationnaires depuis cinq ans.

J'ai perdu de vue plusieurs des malades chez lesquelles la tumeur a été ainsi réduite à un petit volume par l'action du bandage. Mais les deux faits qui précèdent, et trois autres que je pourrais citer (l'un d'eux est relatif à une cuisinière qui était à mon service), prouvent que le résultat de la compression peut, sans être complet, procurer une amélioration notable et permanente, qui équivaut vraiment à une guérison.

Je dois ajouter que cette amélioration n'est pas toujours définitive. J'ai traité à l'Hôtel-Dieu, en 1854, une femme de quarante-cinq ans, pour un adénôme dur, bien circonscrit et gros comme une petite pomme, qui fut réduit en quelques semaines à la moitié de son volume primitif. La malade refusa de continuer le traitement et sortit de l'hôpital ; mais elle vint me voir six mois après, dans un état semblable à celui où elle était avant la compression. Elle refusa de se soumettre de nouveau au même traitement. Il fallut l'opérer, et je reconnus ainsi que sa tumeur renfermait une grande quantité de tissu fibreux qui prédominait beaucoup sur l'élément glandulaire.

3° Enfin, dans une troisième série de cas, la compression a été sans efficacité, ou n'a produit que des résultats peu prononcés ou tout à fait passagers. La tumeur s'affaissait presque toujours, au moins d'un quart, dans la première semaine, puis la résolution ne faisait aucun progrès ultérieur, et lorsqu'on renonçait à la compression, la tumeur revenait en quelques jours à son volume primitif ; mais je n'ai jamais vu que l'état des malades eût été aggravé par ce traitement inefficace. *(La fin au prochain numéro.)*

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'iodure neutre d'antimoine et de ses propriétés chimiques et médicales.

Par M. le docteur Le Brument et M. Périer, pharmacien à Rouen.

Nous avons l'honneur de soumettre à l'examen de l'Académie [1] et à son appréciation quelques documents sur l'emploi médical de deux agents chimiques nouveaux, l'iodure neutre d'antimoine et

[1] En face d'une question de priorité, nous devons publier notre mémoire,

l'iodure d'antimoine et de fer, dont les propriétés, d'après les expériences auxquelles nous nous livrons depuis plusieurs mois, nous ont paru des plus remarquables et des plus précieuses.

Non-seulement, jusqu'alors, vous le savez, messieurs, ces deux composés n'ont pas été introduits dans la thérapeutique, mais encore leur mode de préparation n'était pour ainsi dire qu'indiqué dans les auteurs. Nous n'avons donc pu en faire l'étude chimique et médicale que livrés à nos propres forces, et dans un cercle d'action limité, d'un côté, par les difficultés d'expérimentations inhérentes à la pratique privée, et de l'autre par des intérêts respectables à sauvegarder. Ainsi, avons-nous bien plutôt pour but, dans cette note, d'établir notre priorité que d'offrir un travail complet sur ces deux agents.

Il serait trop long de dire ici sous quelles inspirations l'un de nous a été conduit à tenter l'emploi médical de ces deux composés, mais il nous importe surtout de faire connaître les moyens de les obtenir dans toute leur pureté, et d'en indiquer sommairement les propriétés chimiques et thérapeutiques, nous réservant, dans un travail *in extenso*, d'exposer les idées théoriques qui nous ont guidés, et de produire tout ce que nous sommes contraints de négliger pour le moment.

I. *De l'iodure neutre d'antimoine, de sa préparation par la voie sèche et de ses principales propriétés chimiques.* — L'iodure neutre d'antimoine, inusité jusqu'alors, comme nous venons de le dire, avait été fort peu étudié. Quant à sa préparation, surtout, on ne trouve que des renseignements fort incomplets. Nous devons le dire toutefois, dans ces derniers temps, il a paru un travail de M. Nicklès sur le mode de préparation et sur les propriétés des iodures et des bromures d'arsenic, de bismuth et d'antimoine ; mais depuis plusieurs mois déjà, nous nous livrions à l'étude de l'iodure d'antimoine, et d'ailleurs, notre procédé de préparation diffère entièrement de celui de ce savant chimiste, en ce qu'il est plus spécial et surtout essentiellement pratique.

Suivant Berzélius, l'antimoine et l'iode se combinent sans le secours de la chaleur extérieure, et l'on serait porté à croire que cette préparation est des plus simples. Cependant dans l'exécution on rencontre des difficultés que nous devons signaler d'abord, pour indiquer ensuite le moyen d'y remédier.

---

tel qu'il a été présenté par M. Robin, dans la séance du 23 août 1859. Nous donnerons plus tard le travail complet que nous avons promis à la savante compagnie.

Quand on mélange successivement, et par petites quantités, de l'antimoine en poudre fine et de l'iode également très-divisé, la combinaison ne s'effectue pas, même lorsque l'iode est prédominant par rapport à l'antimoine, et c'est à peine si, au bout de quelques heures, une légère coloration jaune verdâtre, indice d'un commencement de réaction, s'est manifestée. Au contraire, si l'on ajoute l'antimoine par petites quantités à la totalité de l'iode qui doit entrer dans le composé, il arrive très-souvent qu'une réaction violente se produit instantanément, d'où résulte la volatilisation de la majeure partie du métalloïde, et l'opération est manquée.

Pour remédier à ces inconvénients, nous avons eu l'idée de recourir à l'intermédiaire de l'alcool absolu, ou de l'alcool très-concentré, qui, sans agir chimiquement sur le composé, facilite singulièrement la combinaison des deux corps simples par la division extrême dans laquelle il met l'iode, et régularise ainsi l'opération qui devient alors des plus faciles. Nous devons faire observer, cependant, que si l'alcool contenait une certaine quantité d'eau, il se formerait de l'oxydo-iodure d'antimoine, ce qui, d'ailleurs, n'a aucun inconvénient puisque, dans le cours de l'opération, cet oxydo-iodure se décomposerait en oxyde d'antimoine et en iodure neutre volatil.

Quoique les auteurs prescrivent d'employer *une partie d'antimoine et trois parties d'iode*, et que ces quantités soient en rapport avec celles que donne la théorie, nous avons reconnu néanmoins que la proportion d'antimoine était trop faible, relativement à l'iode, et qu'une partie de ce métalloïde se dégage en pure perte pendant l'opération. Voici les proportions que nous avons adoptées :

Antimoine...........................	2 parties.
Iode................................	3 parties.

et nous procédons de la manière suivante :

L'antimoine et l'iode sont mélangés en petite quantité dans un mortier de porcelaine avec suffisamment d'alcool pour les humecter et former une pâte épaisse. On triture vivement, puis on ajoute successivement, et toujours par petites quantités, l'antimoine et l'iode, en ayant soin de tenir le mélange constamment humecté. On continue la trituration jusqu'à ce que la masse soit devenue pulvérulente par suite de la volatilisation de l'alcool. De noire qu'elle était d'abord, elle devient peu à peu d'un jaune rougeâtre. A ce moment, l'odeur d'iode a presque entièrement disparu, la combinaison est en grande partie effectuée. On met alors cette poudre dans une capsule de porcelaine et on la soumet à une légère chaleur qui

achève la combinaison et la dessiccation, et fait acquérir une couleur rouge terne au composé. On procède ensuite à la sublimation.

Cette seconde partie de l'opération s'exécute dans une cornue de verre chemisée munie d'une allonge terminée par un tube effilé. On chauffe à feu nu ou au bain de sable, en élevant graduellement la température. L'iodure d'antimoine se volatilise et va se condenser à la voûte de la cornue sous la forme de belles paillettes d'un rouge foncé vif. Il faut chauffer assez fortement vers la fin de l'opération, afin de volatiliser les dernières parties d'iodure.

Il reste toujours un petit culot métallique mélangé d'un peu de sous-iodure.

L'iodure neutre d'antimoine est solide, d'un beau rouge vif, inaltérable à l'air, très-fusible, volatil, mais moins que le chlorure auquel il correspond. L'eau le décompose en oxyde d'antimoine et en acide iodhydrique. L'alcool aqueux se comporte de même. L'alcool absolu le dissout.

De même que M. Nicklès, nous avons reconnu que l'iodure d'antimoine forme des combinaisons avec plusieurs iodures métalliques; avec les iodures alcalins, on obtient, parfaitement cristallisés, des iodures doubles, qui tous se présentent avec une couleur jaunâtre et sont déliquescents.

Nous avons obtenu une combinaison cristallisable d'iodure d'antimoine et de potassium. Nous sommes également parvenus à unir l'iodure d'antimoine à l'iodure ferreux. La combinaison de ces deux corps nous a paru avoir lieu dans les rapports d'équivalent à équivalent. Ce composé a surtout fixé notre attention d'une manière plus particulière, en raison des applications thérapeutiques qu'il était susceptible de recevoir.

Mode de préparation de l'iodure d'antimoine et de fer. — Cet iodure s'obtient en préparant une dissolution d'iodure ferreux, en la portant à l'ébullition et en y projetant, par petites quantités, de l'iodure d'antimoine en poudre fine jusqu'à ce qu'elle refuse d'en dissoudre. La liqueur prend une coloration jaune clair, et, par une concentration ménagée, il se dépose des cristaux prismatiques d'un jaune un peu verdâtre d'iodure double.

L'iodure double d'antimoine et de fer est extrêmement déliquescent. Exposé à l'air humide, il se résout promptement en un liquide sirupeux, qui ne tarde pas à se décomposer, quand la quantité d'eau absorbée est suffisante. L'oxygène de l'air le détruit peu à peu en oxydant l'iodure ferreux qui, en perdant de sa neutralité, abandonne

l'iodure d'antimoine auquel il était uni. Toutefois, l'iodure d'antimoine et de fer paraît un peu moins altérable que l'iodure ferreux. (*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Bec-de-lièvre compliqué. — Opération faite en plusieurs époques par le procédé de Dupuytren et suivie de succès.

Le bec-de-lièvre congénital a excité déjà bien des discussions parmi les chirurgiens, et pourtant il reste encore beaucoup à dire sur ce sujet. Je ne veux pas parler ici de l'âge auquel il convient de remédier à cette difformité, c'est une question sur laquelle on ne sera probablement jamais d'accord, puisque les deux opinions contraires comptent également pour elles des témoignages de haute valeur ; je ne veux que faire la relation d'une opération de bec-de-lièvre compliqué, pratiquée avec succès en plusieurs temps, et par un procédé qu'il serait, je crois, avantageux d'employer plus souvent. Aussi mon unique but, en publiant cette observation, est-il de rappeler l'attention sur un mode opératoire qui me paraît presque oublié aujourd'hui.

Il s'agit d'une enfant née à Chaux-Neuve (Doubs), le 8 septembre 1859, avec un bec-de-lièvre double compliqué, c'est-à-dire avec double division de la lèvre supérieure, de la voûte et du voile du palais ; de plus, le tubercule médian était supporté par un os incisif tellement proéminant, que son extrémité antérieure et celle du nez se trouvaient sur la même ligne verticale ; le lambeau cutané recouvrant ce tubercule *partait donc exactement de la pointe du nez*, particularité qu'il est important de faire remarquer dès à présent, puisque c'est elle qui a nécessité la modification du mode opératoire habituel.

Or, dans un bec-de-lièvre quelconque, l'indication capitale, et celle-là tout médecin la connaît et l'énonce dès qu'on lui parle de cette difformité et avant même d'avoir vu le sujet qui en est affecté ; l'indication capitale, dis-je, est de réunir entre elles les deux ou trois portions de la lèvre divisée. En cela on a raison ; mais, pour être capitale, cette indication n'est pas unique et elle ne doit pas, à l'exclusion de toute autre, attirer l'attention du chirurgien. C'était déjà l'avis de Boyer, lorsqu'il disait : « Il ne suffit pas d'une guérison du bec-de-lièvre telle qu'elle, il faut qu'elle soit exempte de difformité. »

Dans le cas dont il est ici question, il y avait comme complications la saillie trop considérable du tubercule médian et l'insertion à la pointe du nez du lambeau cutané recouvrant ce tubercule : il fallait donc remédier à ces deux nouvelles causes de difformité qui venaient s'ajouter à la première.

Tout le monde sait que lorsque l'os incisif est trop proéminant, il faut l'enlever soit totalement, soit partiellement ; ainsi, l'on peut conserver à un enfant atteint de bec-de-lièvre avec saillie anormale du tubercule médian l'arcade dentaire supérieure complète, et, de plus, la rendre régulière en enlevant en arrière des dents incisives une portion (en forme de V à pointe tournée en haut) de l'os de ce nom. Il est aisé de comprendre qu'en comprimant ensuite le tubercule au moyen d'un bandage approprié, on ait pu arriver à placer toutes les dents sur une courbe régulière. Voilà pour la saillie anormale ; mais restait à remédier à la deuxième cause de difformité, l'insertion du lambeau cutané médian à la pointe du nez, circonstance, selon Dupuytren, qu'il ne faut pas négliger, si l'on ne veut pas, comme il le dit lui-même, à une difformité en substituer une autre, peut-être pire que la première.

Or, après quelques recherches à ce sujet, le médecin consulté, M. le docteur Carrez, s'arrêta pour l'opération à un procédé imaginé et exécuté par Dupuytren, sur la fin de sa carrière. Suivant cet illustre chirurgien, il faut faire attention au point où le tubercule médian « s'insère à la cloison du nez : de là dépendent souvent et le degré de saillie et le procédé à suivre. Quand cette insertion se rapproche de la pointe du nez et qu'on rattache le tubercule aux portions latérales de la lèvre, celle-ci la tire en arrière, la pointe du nez suit le mouvement ; alors les ailes s'écartent et le nez tout entier demeure aplati, offrant l'aspect le plus désagréable et plus ressemblant à un mufle d'animal qu'à toute autre chose..... Que sera-ce si l'insertion du tubercule a lieu précisément au bout du nez ? »

Or, c'était ce qui avait lieu dans le cas en question.

« Frappé des difformités qui résultaient des procédés mis jusqu'alors en usage, j'ai — continue Dupuytren — imaginé le mode opératoire suivant : le tubercule charnu est séparé avec le bistouri de son support osseux, celui-ci est réséqué avec des pinces, puis on relève horizontalement en arrière la portion charnue dont on rafraîchit les bords, et on l'emploie tout entière à former la cloison ou une portion de la cloison inférieure des narines. Alors, soit qu'on attende la réunion, soit qu'on achève à l'instant l'opération, le bec-de-lièvre, réduit à sa plus grande simplicité, est opéré à l'ordinaire

et réuni avec les aiguilles ; un bandage suffit pour maintenir le tubercule en place. » (Dupuytren, *Leçons orales.*)

Je reviens au cas particulier : un confrère, M. Munier, appelé en consultation, partagea entièrement la manière de voir du premier médecin. Comme dans des cas moins compliqués, ils avaient toujours attendu, pour faire l'opération, que l'enfant eût atteint l'âge de plusieurs mois, ils jugèrent prudent, pour cette fois, vu les complications, de n'opérer la petite fille qu'à l'âge d'un an. Ils convinrent de plus que l'opération serait faite en deux époques, mais aussi rapprochées que possible.

Au jour fixé, 3 octobre 1860 (l'enfant avait alors près de treize mois), MM. Carrez et Munier, à qui je servais d'aide, procédèrent à la première partie de l'opération : le lambeau cutané médian fut séparé de son support osseux, régularisé par deux coups de ciseaux, puis, après la résection de l'os incisif, relevé en arrière et employé à former la totalité de la cloison des narines ; un bandage approprié le maintint en place, la perte de sang fut peu considérable, la réunion se fit par première intention, et lorsqu'elle parut assez solide (vingt-deux jours après, c'est-à-dire le 25 octobre), les deux portions latérales de la lèvre supérieure furent avivées ; quelques brides qui les fixaient à la gencive et au bord alvéolaire furent détruites par le bistouri, ce qui permit d'obtenir un affrontement sans trop de tiraillements ; on plaça deux épingles, qui furent enlevées le quatrième jour et remplacées pour quelque temps encore par un bandage.

Les deux opérations ont eu un plein succès, et cette enfant, à qui auparavant on était obligé d'épargner les mouvements de déglutition, en lui portant les aliments le plus loin possible dans la bouche et en lui inclinant fortement la tête en arrière, cette enfant, dis-je, boit et mange actuellement avec facilité, grâce à un rapprochement assez considérable et qui peut-être augmentera encore des deux portions palatines du maxillaire supérieur.

L'opération que je rapporte a eu lieu, comme je l'ai dit plus haut, en 1860, époque à laquelle n'était pas encore connu le nouveau mode opératoire imaginé dernièrement par M. Sédillot. Combiné dans le cas particulier avec celui de Dupuytren, il eût évidemment produit un résultat encore plus satisfaisant, en donnant à la lèvre supérieure un peu plus d'ampleur dont, il faut l'avouer, elle aurait légèrement besoin. Toutefois, force est maintenant de se contenter du résultat obtenu, qui, du reste, s'il n'a pas entièrement satisfait le chirurgien, a dépassé l'attente des parents, de la mère surtout ;

celle-ci, en effet, qui mettait autrefois tous ses soins à soustraire son enfant à la curiosité indiscrète du public, la prodigue en quelque sorte aujourd'hui, en faisant remarquer elle-même combien il lui est peu resté de sa difformité première.

Un mot encore. Il est le plus souvent malséant à l'élève de juger le maître, lorsque surtout celui-ci occupe dans la science un rang aussi élevé que l'illustre chirurgien de Strasbourg ; toutefois, je crois pouvoir ici, sans inconvenance, hasarder une réflexion qui me semble dictée par l'évidence, c'est que le procédé de M. Sédillot sera probablement la dernière modification d'une réelle importance apportée à l'opération du bec-de-lièvre.

Il faut reconnaître pourtant que ce procédé présente des difficultés sérieuses dans le manuel opératoire, surtout dans l'affrontement exact des lambeaux, et que, s'il procure à la lèvre supérieure plus d'ampleur et une conformation se rapprochant davantage de l'état normal, ces avantages sont achetés au prix de deux incisions, et par suite de deux cicatrices qui, par leur position et leur symétrie, trahissent toujours la difformité primitive.

L'opération de Dupuytren, au contraire, est d'une exécution facile; elle remédie à toutes les causes de difformité, et si elle laisse quelque chose à désirer pour la bonne conformation de la lèvre supérieure (ce qui, d'ailleurs, n'arrive pas fatalement dans tous les cas), cet inconvénient me semble largement compensé, en ce sens que cette opération ne laisse après elle qu'une seule cicatrice, laquelle, vu la place qu'elle occupe, peut facilement être masquée chez l'homme. En somme, elle me paraît remplir toutes les indications capitales dans un bec-de-lièvre, quelque complication qu'il présente : aussi, ai-je de la peine à m'expliquer l'oubli dans lequel elle est tombée. D'un autre côté, le procédé de M. Sédillot permet dans certains cas d'arriver, il faut en convenir, à un résultat aussi parfait que possible; mais les deux incisions pratiquées sur les côtés du nez, et dont le but est de faire disparaître toute trace du bec-de-lièvre, ces deux incisions, dis-je, par les cicatrices qui leur succèdent, ne sont-elles pas la preuve irrécusable, quoique indirecte, d'une difformité première ?

L. Carrez,
interne à l'hôpital de Besançon.

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire, suivies d'un aperçu sur l'appropriation de tous les instruments d'optique à la vision avec les deux yeux, l'ophthalmoscopie et la stéréoscopie, par M. Giraud-Teulon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien élève de l'Ecole polytechnique, lauréat de l'Institut.

Nous chercherions en vain dans la littérature médicale contemporaine un livre qui offre à l'esprit quelque peu tourmenté du besoin de connaître une plus grande séduction que celui dont nous allons nous occuper. Bien que l'objet même de l'étude que poursuit dans ce livre notre savant confrère, M. Giraud-Teulon, n'ait en aucun temps fixé d'une manière particulière notre attention, emporté par le charme d'une lecture pleine d'attrait, et souvent, pourquoi ne le dirions-nous pas ? d'une lumière imprévue, nous n'avons pas seulement lu cet ouvrage, nous l'avons dévoré ; si, sur notre chemin, nous avons rencontré quelques passages que nous ne saisissions qu'imparfaitement à travers des formules mathématiques dont nous avons perdu le sens, et que nous les ayons abandonnés avant de nous les être complétement assimilés, c'est bien moins le sentiment de la difficulté qui nous a ainsi fait passer outre, que le désir d'avancer dans cette exposition lumineuse d'un des points les plus intéressants de la physiologie et de la pathologie humaines.

Cette remarque que je viens de faire à propos de l'impression générale que m'a produite cette attachante lecture, je craindrais, si je la laissais dans sa nudité, qu'elle ne prévînt quelques médecins un peu brouillés comme moi avec les mathématiques, contre l'ouvrage de notre très-distingué confrère ; aussi bien me hâté-je d'ajouter ici que la langue de l'x s'y montre excessivement circonspecte, que les chiffres s'y font aussi petits que possible, ils semblent vous demander pardon de se produire. C'est que M. Giraud-Teulon, dans son ouvrage, ne perd pas un instant de vue que c'est à des médecins qu'il parlo, que son but essentiel est de les initier à un certain nombre de vérités fondamentales dont les meilleurs traités d'ophthalmologie ont fort peu souci, et sans lesquelles cependant il n'y a pas de science vraie dans une foule de solutions qu'ils proposent, et qui, pour leurs auteurs comme pour ceux qui les acceptent, ne sont vraies qu'empiriquement. Dans un noble sentiment de la dignité de la science médicale qu'il aime, M. Giraud-Teulon ne veut pas que la médecine reste à cet état d'hémiopie, parce qu'il ne pense pas comme

Montaigne que la science soit une ignorance qui se sait. L'auteur n'affecte nulle part une telle prétention, sa modestie s'effarouchera même peut-être qu'en son nom nous parlions comme nous venons de le faire; pour nous, qui n'avons point à bénéficier des avantages de la modestie, et qui n'avons qu'un souci, celui de la vérité, nous la disons sans ambages. Du reste, les difficultés que quelques médecins pourraient rencontrer dans quelques passages de la *Physiologie ou de la pathologie de la vision binoculaire*, l'auteur les a atténuées autant qu'il a pu, les a fait même, nous le croyons, complétement disparaître pour qui voudra lire son ouvrage autrement qu'on ne le fait d'un feuilleton, ou de tel mémoire scientifique que nous pourrions citer, et où la science est diluée jusqu'à n'être que l'ombre des choses qu'elle a pour but d'exprimer, en plaçant en tête de son livre une introduction où il expose sommairement l'état de la science sur la partie objective, si nous pouvons ainsi dire, de l'optique et qui doit suffire à un esprit un peu attentif pour lui permettre de suivre son guide dans les développements qu'appelleront nécessairement les mille questions qu'il aura tour à tour à traiter pour atteindre le but.

Tout limité qu'est en apparence le cercle qu'embrasse dans son livre M. Giraud-Teulon, nous avons déjà laissé pressentir tout à l'heure que les questions s'y multiplient à chaque pas, s'y pressent sous la plume fort peu prolixe cependant de l'auteur. En effet, si nous voulions seulement indiquer ces questions, sans toucher aux discussions lumineuses qui en préparent et en assurent, dans l'immense majorité des cas, la solution, il nous faudrait, rien que pour cette énumération, dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici; force nous est donc de glaner çà et là dans ce champ immense et fécond, et de marquer par quelques spécimens et l'esprit général du nouvel ouvrage de notre savant confrère, et ses ingénieuses conceptions, et surtout le côté par lequel il touche de si près à la pratique médicale, que dans une foule de cas il est appelé à diriger.

La première des questions qu'aborde l'auteur, et sur laquelle nous voulons tout d'abord fixer l'attention du lecteur du *Bulletin de Thérapeutique*, c'est celle qui a trait à la faculté d'accommodation. Tout le monde sait ce que c'est que cette faculté : à défaut de la science qui l'analyse, l'instinct nous la dénonce par l'effort même dont nous avons la conscience évidente. Mais où réside cette faculté qui, force vivante, répond à une des lois fatales de la lumière traversant les milieux transparents de l'œil avant de toucher la surface sensible

qui, pour que la vue s'accomplisse, doit entrer en conflit avec elle? On l'a fait dépendre tour à tour d'un changement dans les diamètres du globe oculaire déterminé par le jeu des muscles extrinsèques de l'œil, des mouvements de l'iris qui ne sont liés que synergiquement avec elle, de la courbure de la cornée; mais M. Giraud-Teulon, par une critique aussi nette que sobre en ses développements, démontre que ce sont là autant de conceptions erronées, et arrive, par voie d'exclusion, à établir que cette faculté essentielle de la vue doit être localisée dans l'appareil cristallinien, et que son instrument actif est dans les muscles ciliaires qui modifient la forme du cristallin sans le déplacer. Un corollaire que M. Giraud-Teulon rattache à ce principe et qu'il n'est pas moins important de retenir, c'est qu'à l'état normal la limite distante ou supérieure de la visibilité des objets qui tombent sous le sens de la vue n'est déterminée que par les qualités de la rétine, ou la transparence des milieux, tandis que la limite rapprochée l'est par l'étendue du pouvoir accommodatif dont nous venons tout à l'heure d'indiquer le siége précis.

Dans le chapitre qui suit immédiatement celui dont nous venons de parler, l'auteur aborde une des questions les plus délicates qui se puissent poser en matière d'optique subjective, c'est la question relative à l'unicité du jugement dans l'acte de la vision associée ou binoculaire, ou de la vision simple avec les deux yeux. Ici l'auteur établit deux principes fondamentaux qui gouvernent la vision, c'est le principe d'extériorité ou le principe de direction qui sont innés à l'appareil de la sensibilité de l'œil. La métaphysique avait affirmé ou nié ces principes, et c'est cette affirmation ou cette négation qui ont été une des causes de l'idéalisme, ou de divers systèmes philosophiques dans lesquels on affirme la réalité substantielle des choses sur le témoignage des sensations. M. Giraud-Teulon ne semble pas se préoccuper beaucoup de ces questions, et de l'intervention souvent peu heureuse de la métaphysique. En homme positif, il affirme ces principes, ou plus exactement les instincts innés qui en sont l'expression vivante dans l'organisation. Mais cette notion ne satisfait encore qu'incomplétement son esprit exigeant pour se rendre compte des choses, et il fait intervenir ici, d'une manière extrêmement heureuse, une aptitude du sensorium analogue à une faculté nouvellement entrevue dans l'organisme vivant, le sens de l'activité musculaire. Comme c'est là une des conceptions les plus originales que nous ayons rencontrée dans ce livre si plein de vues profondes, ingénieuses, qu'on nous permette de citer l'auteur lui-même : ce court spécimen aura encore l'avantage de mon-

trer la manière dont l'auteur aborde au besoin les questions : mieux que tout ce que nous pourrions dire, il inspirera le désir de lire et de méditer un ouvrage d'où sort un si lumineux et si fécond enseignement. « Il faut donc chercher ailleurs, dit-il, la cause de la notion de la ligne. Ne serait-ce pas dans le fait de la succession des impressions lumineuses d'un point de la rétine au point immédiatement voisin ? Que le sensorium ait conscience de la succession non interrompue des éléments du tissu de la rétine, est-ce là une hypothèse téméraire ? Ne doit-il pas y avoir une solidarité de voisinage entre des éléments nerveux en contact ? Est-ce chose si hardie de supposer que le sensorium ait conscience de ce voisinage immédiat ? Est-ce une conception bien arbitraire celle qui attribue au centre nerveux cérébral cette faculté de considérer comme continues des causes qui impressionneront elles-mêmes, d'une manière continue, des éléments successifs d'une même membrane sensible ? L'action continue de nos muscles, appliquée à l'un de nos membres, nous révèle, la nuit, la position exacte du membre mu (sens de l'activité musculaire), nous reproduit exactement l'angle parcouru par le levier, sans doute eu égard à la continuité de l'action et à la mesure qui en est résultée pour le sensorium. Eh bien, qu'y a-t-il de plus exorbitant à concevoir qu'une série non interrompue d'impressions rétiniennes, sur des éléments immédiatement en contact, laisse dans le sensorium la notion d'une cause également continue, d'une ligne, si la cause est linéaire, d'une surface, si la source lumineuse a deux dimensions. » Il ne suffit pas sans doute de cette citation, et des développements écourtés dont nous l'avons fait précéder, pour mettre en évidence un ensemble de notions capitales, en fait d'optique subjective ; tout cela suffit cependant pour faire entrevoir la pensée de l'auteur, en tant qu'elle n'est que l'expression d'idées ayant déjà cours dans la science, en tant surtout qu'elle complète celle-ci, en faisant intervenir dans le fait à expliquer une force qui continue l'explication des phénomènes là où celle-ci s'arrêterait. Mais, je le répète, c'est dans le livre même de notre savant confrère qu'il faut lire la discussion que soulèvent ces questions complexes, discussion pleine, forte de conception, et sans phrases inutiles.

Après avoir, dans un chapitre qui ne le cède en rien à ceux qui précèdent pour la netteté de l'exposition, traité de la statique et de la dynamique du globe oculaire, l'auteur aborde enfin la pathologie fonctionnelle de l'organe de la vue, et il étudie successivement le strabisme dans ses formes et ses espèces multiples, les pa-

ralysies musculaires de l'œil, la diplopie, la mydriase, le myosis, la myopie et la presbytie, la kopiopie, ou fatigue des agents de l'accommodation, diverses illusions optiques, la micropie et la macropie, la ragle ou hallucination du désert, l'amaurose, le daltonisme, etc., etc. Enfin l'ophthalmoscopie et la stéréoscopie, exposées dans les principes fondamentaux sur lesquels elles reposent, comme dans les règles scientifiques de leur application terminent et couronnent cet ouvrage que tous les médecins, qui ne sont point endormis dans l'ornière d'un abrutissant empirisme liront, nous en sommes sûr, avec le même intérêt, le même charme que nous.

Il nous est impossible, on le pense bien, de suivre l'auteur dans les discussions fécondes qu'appellent tour à tour des questions aussi nombreuses que celles que nous venons de rappeler. Nous ne voulons cependant pas clore cette notice, écrite au courant de la plume, sans marquer par quelques courtes observations l'excellent esprit qui le guide constamment dans ces études délicates. Aucun ophthalmologiste, à l'exception de M. Sichel, auquel l'auteur rend d'ailleurs sur ce point la justice qu'il mérite, n'a traité avec cette ampleur de détails, cette sûreté d'appréciation, de l'influence, soit thérapeutique, soit hygiénique, des lunettes sur l'organe de la vue. Nous recommandons surtout à cet égard la lecture du livre de M. Giraud-Teulon, sur un phénomène qui est déjà une imminence morbide grave, la kopiopie. Rien de plus fréquent que la fatigue oculaire, ou la fatigue des organes de l'accommodation à un certain âge de la vie. Nous avons vu plus d'un médecin, en face de ces accidents, quand ils se produisent avec une certaine énergie et une certaine tenacité, hésiter, et, en fin de compte, ne savoir trop la cause des phénomènes qu'ils avaient sous les yeux. M. Giraud-Teulon examine ces phénomènes avec une attention extrême, en montre la filiation, et établit de la manière la plus solide en quoi ils consistent, quels moyens on doit prescrire aux malades pour les prévenir, et par quels moyens on doit les combattre. Toute cette discussion est conduite avec une netteté de vue et une entente de pratique que nous ne saurions trop louer. Ce que nous venons de dire de la kopiopie, nous pourrions le dire également de tous les autres troubles fonctionnels que nous rappelions tout à l'heure et sur lesquels notre très-honorable et très-savant confrère a répandu les lumières d'une science aussi vaste en ses ressources que précise en ses enseignements.

En deux mots, ce livre est un livre capital pour tout ce qui a trait à la physiologie ou à la pathologie de la vision, et nous le citons avec une sorte d'orgueil comme un des ouvrages qui honoreront le

plus la médecine contemporaine, qui en recevra un reflet de science sévère, reflet qu'on chercherait en vain dans une foule d'ouvrages marqués d'un tout autre caractère.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Division congénitale du voile du palais ; traitement pendant dix-huit mois, sans succès, par la cautérisation ; staphyloraphie pratiquée avec des fils d'argent ; guérison. — L'article que nous avons publié sur le parallèle des ressources des appareils prothétiques et des procédés autoplastiques, pour remédier aux divisions congénitales de la voûte et du voile du palais, nous a valu une très-intéressante communication de M. Letenneur. L'habile chirurgien de l'hôtel-Dieu de Nantes nous adresse un cas de guérison de staphyloraphie, pratiquée au moyen de la suture métallique. Plusieurs circonstances rendent ce résultat des plus remarquables : l'âge du malade, et surtout la possibilité où l'on a été d'affranchir l'opéré de l'abstinence complète de boissons et d'aliments pendant les quatre jours nécessaires à l'agglutination des lèvres de la plaie. Si ces cures se multiplient, nul doute que nous aurons à modifier les conclusions que nous avons posées, quant aux limites de l'intervention des procédés autoplastiques. Voici le fait de M. Letenneur, ainsi que les réflexions dont il l'a fait suivre.

Obs. Le nommé Marsac (Emile), âgé aujourd'hui de vingt et un ans, m'avait été amené il y a six ans pour une division congéniale du voile du palais, qui occasionnait une telle gêne dans la prononciation, que le langage de cet enfant était le plus souvent inintelligible, même pour ses parents.

La division occupait toute la partie membraneuse du voile, mais les os palatins n'étaient pas écartés. L'enfant était patient, plein de bonne volonté, d'une bonne santé; cependant j'ai rejeté pour le moment l'idée d'une opération radicale, et je proposai des cautérisations méthodiques, telles que les recommande M. J. Cloquet.

Le jeune patient se prêta à merveille à ce traitement, qui dura dix-huit mois. J'employai successivement le nitrate d'argent, le fer rouge, le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique; je mis tour à tour entre les cautérisations des intervalles de quelques jours à deux et même à trois semaines, et je dois avouer que tous ces efforts ne nous ont pas fait gagner un millimètre.

Cette année, après le Conseil de révision, Marsac est venu me demander l'opération, que je pratiquai le 12 juillet, avec l'assistance de mon excellent confrère, M. Ch. Thoinnet, et de mon interne, M. Mahot.

J'ai commencé par l'avivement des bords de la plaie, que je fais avec un bistouri étroit porté de bas en haut, la luette étant préalablement fixée au moyen d'une pince. Ce premier temps de l'opération ne peut être fait d'un seul coup du côté gauche, où le voile du palais présentait, comme on le remarque presque toujours, moins d'étoffe que du côté droit.

Pour appliquer les points de suture, je me servis de l'instrument de Depierris, dont j'avais trouvé l'usage très-commode dans d'autres opérations analogues, mais avec lequel je n'avais jamais encore employé de fils d'argent. Je m'empresse de dire que cet instrument a parfaitement fonctionné, mais qu'en substituant les fils métalliques aux fils anciens, on pourrait, avec les plus grands avantages, réduire considérablement le volume de l'instrument qu'on ferait, dès lors, manœuvrer avec plus de facilité.

J'ai appliqué quatre points de suture en commençant par en haut : le premier à une petite distance de l'angle de la plaie ; le dernier, à la base de la luette. La mobilité de la luette et la fatigue du malade ont rendu assez difficile l'application du dernier fil.

J'ai eu soin de serrer chaque fil à mesure qu'il était placé, de manière à n'avoir jamais que deux bouts à la fois dans la bouche.

Nouer les fils constituait autrefois une des parties les plus difficiles de l'opération de la staphyloraphie ; rien n'est plus simple, au contraire, avec les fils d'argent : saisissant un fil de chaque main et portant les doigts indicateurs jusqu'au voile du palais, j'ai tordu les deux bouts trois ou quatre fois et j'ai coupé, d'un coup de ciseaux, tout ce qui était en avant du point tordu. C'est, on le voit, tout aussi simple et aussi facile que lorsqu'on se sert des tubes de plomb.

Je craignais que la saillie formée par les fils métalliques en avant du voile du palais ne chatouillât désagréablement la langue et ne provoquât des nausées ; mais il n'en a rien été ; le malade m'a affirmé ne pas avoir senti la présence de ces fils.

J'engageai le malade à manger un potage quelques heures après l'opération ; mais les efforts de déglutition étaient très-douloureux ; il préféra observer, ce jour-là et le lendemain, une diète absolue. Mais, d'après mon conseil, il tint presque constamment dans la bouche un morceau de glace, pour calmer la douleur et tromper la soif.

Les jours suivants, il remplaça la glace par de l'eau très-froide.

Le troisième jour, la douleur était moins forte ; le malade mangea de la bouillie de blé noir, but un peu de vin rouge sucré ; et avala de temps en temps, dans la journée, du jus de groseilles.

Le quatrième et le cinquième jour, il survint une toux quinteuse, qui provoqua même un vomissement. La gorge devint plus sensible ; cependant le malade mangea un potage gras au pain et but des bouillons.

Malgré ces accidents, le gonflement et la rougeur du voile du palais sont peu considérables et ne dépassent guère le niveau des sutures.

Le sixième jour après l'opération, il y eut un mieux sensible ; la déglutition n'était pas douloureuse, excepté pour l'eau et la salive. A

partir de ce jour, Marsac mangea de la soupe et de la bouillie, et put satisfaire son appétit, qui était complétement revenu ; il but de l'eau et du vin, et reprit ses forces.

Le huitième jour, Marsac, qui habite à près de deux kilomètres de la ville, vint chez mois sans fatigue. Son teint présente une certaine animation et diffère, par conséquent, beaucoup de celui des opérés qui ont été condamnés à quatre jours d'abstinence complète de boissons et d'aliments.

Le voile du palais paraît très-solide, la teinte rosée uniforme qu'on y observe indique que le travail de la cicatrisation est achevé. Dès lors, je songeai à enlever les fils ; mais le contact de la pince et des ciseaux excitant des nausées, je me contentai d'enlever la partie antérieure et apparente des deux fils supérieurs, en donnant un coup de ciseaux de chaque côté du nœud. J'en fis autant deux jours après pour les deux autres fils.

De cette manière, j'avais laissé en place des anses métalliques ouvertes en avant, ne pouvant exercer aucune compression sur les tissus, mais agissant encore, jusqu'à un certain point, comme un moyen de contention.

Je pensais que ces fils se détacheraient d'eux-mêmes, tomberaient vers la face postérieure du voile, et seraient rejetés avec les mucosités; il n'en a rien été. Je les retirai la semaine suivante, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, en saisissant avec une pince une des extrémités du fil qu'on apercevait au niveau de la membrane muqueuse ou qu'on sentait seulement avec l'extrémité du doigt.

La réunion était parfaite dans toute la hauteur, sauf au centre du voile du palais, où il restait une ouverture linéaire pouvant laisser passer facilement un gros stylet de trousse. Mais les bords de cette petite division étaient habituellement rapprochés et ne s'écartaient que pendant la toux. Il était permis d'espérer que la cautérisation achèverait promptement la guérison. C'est ce qui a eu lieu en effet ; il m'a suffi de toucher deux fois cet orifice avec le crayon de nitrate d'argent et une fois avec le stylet chauffé à la flamme d'une bougie.

Ainsi les fils d'argent ont été laissés en place sans ulcérer et sans couper les tissus pendant plus de huit jours, c'est-à-dire pendant un temps double de celui où la prudence permettait de laisser les fils de chanvre.

La réunion n'a pas été compromise, malgré les quintes de toux et le vomissement qui ont eu lieu le troisième jour, et malgré les mouvements fréquents de déglutition dont le malade ne s'est abstenu que les deux premiers jours.

C'est là un résultat très-important, qui semble de nature à autoriser de nouvelles tentatives de staphyloraphie à un âge moins avancé que celui auquel on a coutume de la pratiquer. Outre l'indocilité des jeunes malades, on redoutait, en effet, surtout autrefois, la difficulté, je dis plus, le danger d'une diète rigoureuse de quatre jours. Or, je viens d'en donner la preuve, ce n'est plus une condition nécessaire pour le succès de l'opération. Peut-être même pourrait-on, chez les enfants, faire la staphyloraphie en plusieurs temps,

à quelques mois de distance, et ne placer, à chaque séance qu'un ou deux points de suture. En agissant ainsi, en opérant de bonne heure, on obtiendrait certainement une modification plus complète dans la prononciation des mots, puisque c'est là. en définitive, le but auquel on doit tendre. Or, il faut bien l'avouer, après les opérations de staphyloraphie les plus heureuses, il y a, pendant longtemps, une impossibilité absolue de prononcer certains mots, et, pendant toute la vie, alors même que le voile du palais a acquis toute la souplesse et toute l'ampleur désirables, la voix reste toujours nasonnée.

Ce vice de prononciation semble tenir à l'habitude prise et à ce que, même avec un instrument plus parfait, cette habitude ne peut disparaître complétement. Il y a, dans ce cas, absence de synergie, absence d'harmonie dans la contraction des muscles qui, à un moment donné, devraient concourir à la prononciation de telle ou telle syllabe. Sans doute une éducation persévérante, une volonté soutenue, diminuent peu à peu cette imperfection de langage qui pourtant ne disparaît jamais complétement. On comprend donc que, plus on opérera de bonne heure, plus on aura, sous ce rapport, l'espérance fondée d'obtenir une guérison irréprochable.

Le jeune Marsac, dont je viens de rapporter l'histoire, avait, avant d'être opéré, un langage complétement inintelligible. Aujourd'hui il réussit à se faire comprendre et on peut avoir avec lui une conversation suivie ; mais, soit qu'il parle, soit qu'il lise, il y a des syllabes qu'il travestit toujours malgré la meilleure volonté, il en est d'autres qu'il réussit à prononcer nettement lorsqu'il s'impatiente ; ses progrès, du reste, sont rapides et sensibles de jour en jour.

Roux disait que les mots les plus mal articulés sont ceux dans lesquels les consonnes gutturales dominent, mais il n'indique pas quelles sont ces consonnes.

J'ai eu la pensée de faire prononcer successivement à mon opéré les consonnes suivant les catégories admises dans les ouvrages des grammairiens, afin de voir celles dont l'émission est possible, difficile ou impossible avec une lésion du voile de palais, et afin de m'assurer, en même temps, si les groupes formés par les grammairiens sont bien des groupes naturels.

Les consonnes ont été divisées en *labiales, dentales, linguales, palatales, nasales, gutturales.*

Les *labiales* sont : *b, p, f, v.*

Marsac prononce très-facilement le b et le p ; difficilement la lettre f, et nullement la lettre v.

Les *dentales* sont : *s, c* doux, *z, ch.*, elles sont prononcées difficilement, le z ne l'est pas du tout.

Les *linguales* sont : *d, t, l, r*; la prononciation des trois premières est très-facile et très-nette, tandis que la dernière présente des difficultés insurmontables.

Les *palatales* sont : *g, j, c* fort, ou *k* ou *q ;* elles sont prononcées facilement ; il n'en est pas de même pour les sons mouillés : *ill*, ou *il*, et *ail* ou *aille*, qu'on a assimilés aux consonnes palatales.

Les *nasales m, n, gn,* sont prononcées avec la plus grande facilité : je puis en dire autant des *gutturales* h aspiré et g dur.

Ainsi, les consonnes gutturales, nasales, palatales et linguales sont prononcées avec facilité, sauf la lettre r qui semblerait devoir être rangée dans une autre série que celles des linguales et les sons mouillés qui ont évidemment été placés à tort à côté des consonnes palatales.

Si la physiologie pathologique peut être invoquée en cette circonstance, elle conduirait donc les grammairiens à faire quelques réformes dans la classification des consonnes.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Abcès *de la main. Bons effets de l'exercice pendant le traitement.* On a généralement l'habitude de prescrire, dans ces cas, le repos de la main et des doigts ; on va même quelquefois jusqu'à assurer, au moyen d'une attelle, l'immobilité constante de cette partie. Or, la conséquence inévitable d'une semblable pratique est de produire la rigidité des articulations ; d'où l'impossibilité de se servir du membre, même pendant longtemps après la cessation des phénomènes inflammatoires.

Cet inconvénient, dit M. Morgan, est d'autant plus grave pour les malades que la plupart d'entre eux sont des ouvriers, ayant besoin de leurs mains, et chez qui justement l'inflammation phlegmoneuse s'est produite à l'occasion de leur profession manuelle.

Aussi recommande-t-il avec insistance d'imprimer de bonne heure des mouvements aux jointures de cette région. Le chirurgien devra ne pas se borner à mouvoir la main en masse, mais fera exécuter, à chaque pansement, des mouvements en divers sens, par chacun des doigts. (*British medical journ.* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, février 1862.)

Accouchement (*Emploi du sulfate de quinine pour réveiller les contractions utérines pendant l'*). Dans une séance de la Société de médecine de Knighstown, à l'occasion d'une discussion sur la propriété que possédait le sulfate de quinine de ranimer les contractions utérines, le docteur Cochran a rapporté un cas d'inertie complète de l'utérus dans lequel il administra en une seule dose 10 grains de ce sel ; les douleurs survinrent bientôt, et l'accouchement se fit normalement. Le docteur Canada considère la quinine comme le moyen le plus certain d'exciter les contractions utérines, mais à la condition qu'elle soit donnée à forte dose. John Lewis assure à son tour qu'il administre de fortes doses de sulfate de quinine dans tous les cas où il y a rigidité du col utérin, peau sèche et pouls dur, concurremment avec des ventouses sèches appliquées sur la région sacrée et des pédiluves chauds, et qu'il attend alors le ramollissement du col de l'utérus et des contractions régulières, tout aussi certainement qu'il attend des garde-robes après l'administration du jalap. Rich a rapporté dans le numéro de mars 1861 du *Charleston Medic. Journ. and Rev.*, plusieurs observa-

tions d'hémorrhagies utérines profuses qui avaient été vainement combattues par tous les moyens connus et contre lesquelles le sel de quinine fut administré avec le plus grand succès. Enfin, Warren ne connaît pas de moyen plus certain de provoquer l'avortement que le sulfate de quinine à forte doses. (*British med. Journal* et *Medi.-Chirurgische Monatshefte*, nov. 1861.

Angine couenneuse grave. *Borax en gargarisme et en potion; badigeonnage avec la teinture iodée.— Guérison.* Le borax est un des moyens qui ont été préconisés depuis longtemps contre l'angine couenneuse grave, il fait partie de l'arsenal thérapeutique des praticiens de Tours, qui ont les premiers formulé la manière précise de s'en servir, en portant la dose de ce médicament à 30 grammes par 200 grammes de véhicule pour gargarisme. M. le docteur Leriche (de Lyon), se fondant sur l'action presque spécifique de cet agent, s'est hasardé à administrer le borax à l'intérieur, à la dose de 4 à 10 grammes par 100 grammes de véhicule, à prendre par petites cuillerées à café toutes les cinq minutes. Marchant sur ces traces, M. le docteur Ant. Koszezakiewie s'est bien trouvé de l'administration interne du borax chez plusieurs malades, et en particulier chez sa fille, mais en combinant son usage avec les cautérisations à l'aide du protonitrate acide de mercure, en recommandant également les applications émollientes chaudes autour du cou et les gargarismes boratés. Voici le fait qu'il rapporte à l'appui de l'efficacité de cette méthode.

Marie-Adélaïde-Hélène K..., âgée de onze ans, sujette jusqu'à l'âge de sept ans aux atteintes fréquentes d'une laryngite croupale, qui à chaque apparition était énergiquement combattue par les vomitifs, les applications émollientes chaudes autour du cou et les cautérisations avec le nitrate d'argent, fut prise le 22 novembre 1860, au matin, après être restée exposée la veille et l'avant-veille à l'action d'un brouillard intense, d'un mal de gorge avec fièvre légère. Au bout de quelques heures, elle était tourmentée par des vomissements bilieux incessants et par une fièvre violente; son pouls était à 130 par minute; front brûlant, face très-colorée, très-animée, délire léger. Elle se plaint beaucoup du mal de gorge et de difficulté d'avaler; la langue est saburrale; peau sèche, brûlante; urines sédimenteuses; malaise général. Une couenne épaisse et large, jaune, couvre l'amygdale gauche; une autre moins large est implantée sur l'amygdale droite; les deux tonsilles offrent chacune le volume d'une noix. A l'instant même, avec un pinceau imbibé de protonitrate acide de mercure, M. Kosezakiewie badigeonne fortement les deux amygdales; après quoi il fait prendre 50 centigrammes d'ipécacuanha pulvérisé dans une cuillerée d'infusion de camomille; infusions chaudes et application de cataplasmes chauds autour du cou; sinapismes promenés aux extrémités après la sudation.

Le pouls tombe sous l'influence de cette médication, mais les autres symptômes persistaient au même degré d'intensité. Nuit très-agitée et délire.

Le 23 au matin, même état des amygdales de l'arrière-gorge et de la bouche. Plusieurs glandes lymphatiques engagées au côté gauche du cou; potion avec:

Eau de laitue...	100 grammes.
Borax.........	4 grammes.
Sirop de gomme	32 grammes.

Mêlez. F. S. A. potion à prendre par petites cuillerées à café toutes les cinq minutes.

Gargarisme. Décoction de roses de Provins.	250 grammes.
Borax.........	35 grammes.
Miel rosat.....	45 grammes.

Se gargariser toutes les deux heures.

Enfin badigeonnage du pourtour du cou, pendant deux ou trois minutes, avec la teinture iodée du docteur W. Zimmermann, de Valenciennes, ainsi préparée:

Iodure pur. ..	12 grammes.
Alcool rectifié à 95 degrés...	124 grammes.
Iodure de potassium......	4 grammes.
Bromure de potassium.....	2 grammes.
Eau distillée...	15 grammes.

Tisane de fruits pectoraux; bouillon de volaille.

Nuit plus calme que les précédentes. Le jour suivant, 24, le pouls est à 100, peau moite, soif moindre, douleur de l'arrière-gorge moins intense. Même gargarisme; on porte la dose du borax dans la potion à 6 grammes; badigeonnage du cou avec la teinture iodée.

La jouroée se passe assez bien; le soir, en faisant gargariser l'enfant, on voit tomber dans le vase un gros

morceau de tissu couenneux, détaché de l'amygdale gauche. A dater de ce moment, la petite malade peut avaler avec beaucoup plus de facilité; on continue la potion au borax et le gargarisme.

Le 25, après une nuit excellente, le pouls n'est plus qu'à 80; la peau a une température normale; plus de céphalalgie, de courbature, ni de délire; retour de l'appétit. Le restant des escarres des amygdales se détache et laisse voir à la place du tissu couenneux lo tissu des glandes déchiré, creusé et d'une teinte à peu près normale.

Les mêmes soins sont continués encore quelques jours, et la malade est bientôt complétement rétablie.

Bien que le borax sit été secondé ici par le concours de plusieurs autres moyens énergiques, il est difficile cependant de se refuser à croire qu'il a eu, dans ce cas, une grsnde part à la guérison. ((*Gaz des hôpit.*, janvier 1862.)

Érysipèle infantile. *Badigeon avec une mixture de tannin, d'alcool et de chloroforme. Prompte guérison.* On sait combien l'érysipèle infantile est grave en général; l'érysipèle qui se développe quelquefois autour des pustules vaccinales, est-il moins grave que celui qui naît spontanément et qui se développe ordinairement autour du nombril ou sur la région du pénil? Nous sommes très-disposé à le croire. Quoi qu'il en soit, le moyen suivant dont M. Loisesu, de Montmartre, dit avoir retiré plusieurs fois d'excellents effets, pour n'avoir été expérimenté que sur des érysipèles vaccinaux, ne nous en paraît pas moins très-digne d'être signalé à l'attention de nos lecteurs.

Appelé pour donner ses soins à une petite fille âgée d'environ un mois et vaccinée depuis huit jours, M. Loiseau constate l'existence de quatre boutons très-volumineux sur chacun des bras; le cercle érysipélateux qui entourait chaque bouton se confondait avec le cercle voisin et occupait toute la face antérieure du bras; le pouls était très-fréquent, l'agitation extrême; l'enfant refusait le sein depuis la veille et ne cessait de crier. M. Loiseau fit immédiatement badigeonner toutes les surfaces envahies avec la mixture de tannin dans l'eau-de-vie additionnée d'une petite quantité de chloroforme. Le badigeon fut répété d'abord de dix en dix minutes. L'enfant cessa presque immédiatement de crier; il ne tarda pas à prendre le sein et à s'endormir. Le badigeon fut néanmoins continué de quart d'heure en quart d'heure puis de demi en demi-heure jusqu'à la nuit. L'enfant fut revu le lendemain. Il était calme et n'avait pas cessé de teter comme à son ordinaire, et l'érysipèle n'avait fait aucun progrès.

Sans doute on n'oserait affirmer que dans ce cas l'érysipèle ne se serait pas borné de lui-même; msis nous partageons à cet égard l'avis de M. Loiseau, que c'est très-probablement au traitement qu'a été due la prompte disparition de la souffrance. (*Gaz. des hôpit.*, février 1862.)

Hydatides *du poumon et de la plèvre chez les enfants* (*Traitement des*). On sait que les kystes hydatiques se montrent plus particulièrement dans la jeunesse et dans l'âge moyen de la vie, et que sa fréquence diminue à mesure qu'on se rapproche des extrêmes de la vio. Aussi, sont-ils presque inconnus chez les enfants. Cette circonstance eût donné déjà un intérêt tout particulier à deux cas d'hydatides du poumon et de ls plèvre que M. H. Roger a eu l'occasion d'observer récemment et dont il a communiqué la relation à la Société médicale des hôpitaux. Mais un point qui domine de beaucoup encore cet intérêt, c'est la question du traitement qui a été examinée à ce sujet. C'est sur ce dernier point seulement que nous voulons appeler en ce moment l'attention de nos lecteurs.

Voici en quels termes M. Roger pose et résoud cette question :

Faut-il dans le cas d'hydatide pulmonaire chez un jeune enfant essayer un traitement actif, ponctionner la poche et pratiquer une injection iodée, comme on l'a fait plusieurs fois pour déterminer la mort et l'issue des vers vésiculaires? Les auteurs rapportent des cas de guérison spontanée après issue des entozoaires par les bronches. Dans l'un des cas rapporté par M. Roger, la nsture avait déjà frayé une voie aux hydatides. Msis dans un autre cas, l'expectation a eu un résultat funeste qui a fait naître dans l'esprit de notre savant confrère le regret de n'avoir point pratiqué l'opération de l'empyème, alors que, malgré l'évacuation répétée des hydatides, la poche paraissait se remplir incessamment. Voici la ligne de conduite qui lui paraît préférable à suivre désormais en pareille circonstance.

Lorsque, dans le cas de kyste hydatique intra-thoracique, la nature a frayé une voie d'expulsion aux helminthes, il est permis *à priori* d'espérer la guérison spontanée, et il y a lieu de se borner à l'expectation, alors que cette évacuation se fait assez largement, et qu'elle est suivie d'une amélioration marquée dans l'état général et dans l'état local.

Mais, lorsque la voie frayée par le travail pathologique est insuffisante, lorsque la maladie paraît se prolonger indéfiniment, et que la phthisie hydatique menace la vie ; lorsque surtout l'examen physique démontre que la tumeur intra-thoracique reste stationnaire ou s'accroît, il est sage de ne plus temporiser, et de pratiquer l'opération de l'empyème, comme s'il n'y avait pas de fistule bronchique.

L'existence de la fistule bronchio-pulmonaire ne constitue pas, par elle-même, une contre-indication absolue, et ne s'oppose pas à la guérison définitive. La seule observation qui ait été publiée, de kyste hydatique intra-thoracique ouvert dans les bronches et traité par l'empyème, est un cas de guérison. C'est le fait de Freteau (de Nantes), publié en 1812 dans le journal de Sédillot. On serait d'autant plus fondé aujourd'hui à compter en pareille circonstance sur le succès, que le médecin a à sa disposition la ressource des injections iodées, et que les procédés opératoires ont reçu d'utiles perfectionnements. Il faut se rappeler, en outre, qu'il ne s'agit pas ici, comme dans la pleurésie, de plonger le histouri dans une cavité séreuse, que la sécrétion pathologique pourra remplir de nouveau en peu de temps, et dont l'ouverture peut exposer à des dangers bien connus. Il s'agit, au contraire, de l'ouverture d'une collection liquide de nature spécifique ; et l'occlusion du kyste qui la contenait deviendra une conséquence nécessaire de l'évacuation du liquide et de la mort des helminthes.

Mais, ajoute M. Roger, si nous conseillons d'avoir recours au bistouri lorsque les indications sont nettes et pressantes, nous avons garde de faire de l'intervention chirurgicale une règle applicable à tous les cas ; avant d'y avoir recours, il sera toujours d'une saine pratique d'étudier attentivement les ressources que la nature paraît devoir mettre en œuvre pour le cas particulier. Cette période d'observation pourra d'ailleurs ne pas être exclusivement expectante, et l'on devra avoir recours pendant sa durée à divers moyens considérés comme capables d'amener la mort des entozoaires ; ce seront les préparations hydrargyriques, et notamment l'usage du calomel à doses fractionnées ; les préparations de camphre, le chlorure de sodium, *intus* et *extra*, recommandé par Laennec, et autres substances analogues. Enfin, si les essais tentés en ce moment même pour faire pénétrer les liquides médicamenteux dans les voies respiratoires réussissaient définitivement, peut-être dans les cas où la tumeur se sera ouverte spontanément dans les bronches, modifierat-on avantageusement le kyste hydatique en portant directement jusque dans sa cavité les agents de la thérapeutique. (*Union méd.*, décembre 1861.)

Inflammation *chronique des gaînes tendineuses simulant des affections articulaires*. Les deux maladies nommées ci-dessus ont leur diagnostic différentiel nettement tracé dans les livres ; et il semble qu'on doive les distinguer sans peine par la circonscription de l'enflure et de la fluctuation, ainsi que par le peu d'influence excercée sur la santé générale, caractère de la suppuration des gaînes tendineuses.

Néanmoins, celui qui a à porter ce diagnostic au lit du malade, dit M. Barwell, sera plus d'une fois embarrassé. Ainsi les parties où la suppuration des gaînes s'observe le plus ordinairement sont le pourtour du poignet et du cou-de-pied. Eh bien, après une période d'acuité plus ou moins vive, il s'établit là un état semi-indolent, une gêne des mouvements qui peuvent être indistinctement attribués à une maladie soit des gaînes, soit des tissus articulaires. La tuméfaction, une fois l'acuité passée, n'offre pas de délimitation bien tranchée ; et la fluctuation, plus ou moins obscure, ne se perçoit qu'à travers une masse épaisse de tissus infiltrés. Enfin le pus, qu'il soit spontanément ou artificiellement évacué, laisse un sinus tortueux et sans tendance à guérir.

La diathèse strumeuse, qui est une cause de ces deux maladies, peut encore conduire le médecin à les confondre entre elles.

L'auteur indique cependant un signe distinctif, mais qui, pour être recueilli et avoir toute sa valeur, exige une grande habitude et un tact chirurgi-

cal exercé. Si, par exemple, dit-il, vous avez affaire à une suppuration des tendons de la région antérieure du cou-de-pied, la tuméfaction est fusiforme, se dirigeant dans le sens longitudinal. En outre, quoique toute la circonférence du membre soit tuméfiée, elle ne l'est pas, en avant et en arrière, de la même manière. En avant, on sent, sous les téguments infiltrés, une tumeur profonde bien perceptible; tandis que, derrière la jointure, l'œil et la main font reconnaître qu'il n'existe qu'une infiltration de la peau et de la couche sous-cutanée. (*British medical journal* et *Gaz. méd. de Lyon*, numéro 20.)

Mal de mer (*Traitement du*). Un chirurgien de la marine anglaise, M. T. Morland Hocken, a eu l'idée, pendant deux voyages de circumnavigation, d'expérimenter successivement tous les moyens indiqués contre le mal de mer. Il a divisé, à cet effet, les sujets d'observation par groupes de dix personnes, et il a soumis chacun de ces groupes à un traitement différent : le chloroforme, la créosote, les boissons gazeuses, l'acide cyanhydrique, les alcalis et les carbonates alcalins, la morphine, les alcooliques, etc. De la relation de ses expériences il résulte que la créosote et l'acide cyanhydrique ont été les plus efficaces de ces médicaments, mais qu'aucun d'eux n'a donné de résultats comparables à ceux qu'il a obtenus avec la potion suivante :

Pr. Acide chlorhydrique dilué	8 grammes.
Acide nitrique dilué	4 grammes.
Acide cyanhydrique (de Scheel)	16 gouttes.
Sulfate de magnésie	24 grammes.
Eau	250 grammes.

Mêlez.

Deux cuillerées à bouche toutes les trois ou quatre heures.

Cette mixture a surtout eu un excellent effet dans un cas où l'influence du voyage sur mer, s'ajoutant à celle d'une grossesse, avait déterminé des vomissements si opiniâtres, qu'en désespoir de cause on se préparait à provoquer l'avortement, et elle a pu empêcher de recourir à ce moyen désespéré.

L'usage de la mixture doit être précédé d'une purgation énergique, composée de calomel et de coloquinte ou d'huile de croton sur du sucre, administrée avec aussi peu d'eau que possible. Le régime le plus approprié consiste en potages de gruau, sagou, arrow-root, avec un peu d'eau-de-vie; le thé doit être pris avec des rôties sèches. Au bout de quelques jours, on permet le poulet, les viandes bouillies, puis un peu de mouton grillé, et on arrive ainsi graduellement au régime ordinaire du bâtiment.

Pour prévenir le mal de mer, M. Hocken conseille aux personnes qui sont sur le point de s'embarquer, surtout pour un long voyage, de prendre, deux jours avant de monter à bord, une forte purgation, dont l'ingestion sera suivie de près de celle de la médecine ci-dessus. Puis, quand ces personnes seront embarquées, il les engage à se promener sans relâche sur le pont jusqu'à ce qu'elles soient habituées au roulis du navire, et à faire tous les efforts pour résister aux envies de vomir dont elles pourraient être atteintes. (*The Lancet* et *Union méd.*, février 1862.)

Opium *à hautes doses dans le tétanos*. M. le docteur de Pury a rapporté en octobre dernier, à la Société médicale de Neufchâtel, l'histoire d'un homme atteint de tétanos traumatique, qu'il a traité avec succès à l'hôpital Pourtalès. Pendant les cinq semaines qu'a duré le traitement, le malade a absorbé 3 onces, 3 grammes et 31 grains d'opium (soit 109gr,59), ou en moyenne plus de 3 grammes par jour.

Cette tolérance pour de hautes doses d'opium n'est pas sans exemple; elle est de nature à encourager dans l'emploi hardi de la médication stupéfiante dans le traitement d'une maladie aussi grave. (*Echo méd. Suisse* et *Un. méd.*, février 1862.)

Résection *du corps de l'omoplate; guérison avec conservation du mouvement de l'épaule.* La résection du corps de l'omoplate, en respectant sa partie articulaire, a été faite plusieurs fois en Amérique et en Angleterre. Ce n'est donc pas une opération nouvelle, mais le cas suivant nous a paru intéressant par cette circonstance que le bras, malgré l'absence de l'omoplate, a recouvré un tel degré de liberté et de force dans les mouvements quelques mois après l'opération, que l'opéré a pu entrer dans les rangs de l'armée américaine.

Eugène M*** âgé de dix-neuf ans, d'une bonne santé habituelle, malgré une constitution éminemment scrofu-

leuse, éprouva au mois de septembre 1859, à la suite d'une double pleurésie, une douleur dans l'épaule droite, avec gonflement, impossibilité des mouvements. Un abcès se forma au niveau de l'omoplate et s'ouvrit en trois endroits en mars 1860, en laissant écouler une grande quantité de pus. L'épaule enfla de nouveau; quelques petites lamelles osseuses exfoliées furent expulsées avec le pus. Le malade entra alors à l'hôpital de Washington, où l'on pratiqua sur le bord postérieur de l'aisselle une large incision qui permit d'enlever quelques petites pièces d'os nécrosé. Deux mois après la plaie se ferma; mais loin de guérir, le malade vit de nouveau l'épaule se tuméfier, et il entra en décembre à l'hôpital de Pittsburg, dans le service de M. Walter. Toute la région était le siége d'un gonflement marqué; une fistule existait au niveau du bord axillaire de l'omoplate. Une sonde introduite par cette ouverture permit de sentir à nu toute la face antérieure de l'os. Les mouvements de rotation imprimés à l'humérus étaient très-douloureux.

M. Walter pratiqua le 29 septembre la résection de l'omoplate. Une incision fut faite d'abord sur l'épine de cet os, depuis l'acromion jusqu'au bord spinal de l'os. Sur celle-ci on en fit tomber une seconde verticale depuis le centre de la première jusqu'à l'angle inférieur de l'os. Les lambeaux ainsi formés furent rabattus, l'extrémité acromiale de l'omoplate fut coupée avec des cisailles tranchantes, la scie à chaîne servit à séparer le col d'avec le reste de l'os, en respectant ainsi l'articulation scapulo-humérale. On énucléa ensuite le scapulum, mais en conservant le périoste qui, du reste était peu adhérent. Il y eut un écoulement de sang veineux assez abondant, et l'on dut lier l'artère sus-scapulaire, qui avait été coupée, la torsion suffit pour les autres petites artérioles. L'os ainsi énucléé était rugueux à la surface, épaissi par de nouvelles couches osseuses, creusé par la carie le long du bord axillaire. Les lambeaux furent réunis par la ligature métallique. Le bras fut fixé à la poitrine, l'épaule recouverte d'un pansement à l'eau froide; on administra du café chaud, et une potion fortement opiacée contenant du sulfate de quinine, toutes les trois heures.

Le quatrième jour, le malade commença à se lever, et il quitta définitivement le lit à la fin de la première semaine. La suppuration fut modérée; les forces revinrent vite; et lorsqu'il quitta l'hôpital cinq semaines après l'opération, la plaie était entièrement fermée, à l'exception d'une fistule existant encore près du col de l'omoplate; le malade commençait à pouvoir se servir de son bras. En août 1861, M. Walter rencontra par hasard son malade. Il appartenait alors à un régiment d'artillerie, où il servait comme trompette. La plaie de l'épaule était complétement guérie; à l'endroit de l'omoplate enlevée, on trouvait profondément une certaine résistance, une dureté profonde qui faisait croire à la reproduction, au moins partielle de l'omoplate par le périoste conservé. Quant aux mouvements du bras, ils avaient repris toute leur force et toute leur liberté. (*Medic. and chirurg. Report Philadelph* et *Gaz. hebdomad.*, février 1862.)

Trichiasis (*Des causes de l'inefficacité de certaines opérations pratiquées pour le*); *nouveau procédé.* Tous les praticiens qui ont eu à traiter un certain nombre de trichiasis savent combien cette maladie est rebelle et avec quelle ténacité elle reparaît après les opérations qui ont été préconisées. M. le docteur Deroubaix, professeur de clinique chirurgicale à Bruxelles, a recherché quelles pouvaient être les causes de ces fréquentes récidives, alors que les indications thérapeutiques et opératoires paraissent si faciles à remplir; il a cru remarquer qu'il fallait en partie rattacher ces insuccès à ce que l'on ne s'est pas toujours fait une idée exacte de la région sur laquelle il faut opérer, ni des rapports précis des organes qu'il s'agit de détruire ou de redresser. Partant de cette idée, il a fait quelques nouvelles recherches sur la portion tarsienne des paupières, afin de voir s'il ne serait pas possible d'instituer un mode opératoire qui garantît la réalisation complète de l'indication, en basant la manœuvre chirurgicale sur des notions anatomiques plus nettes et mieux déterminées.

La méthode à laquelle appartient l'opération que professe M. Deroubaix est celle de l'*excision des bulbes*. Mais, au lieu d'attaquer les bulbes de dehors en dedans, comme dans les opérations de Vacca Berlinghieri, de Jaeger et de Desmarres, elle les enlève de dedans en dehors, par une espèce d'énucléation pratiquée au sein des tissus. Elle

constitue donc un *mode* particulier d'extirpation par l'instrument tranchant.

Pour l'exécuter, on place le malade dans une position assise, en face d'une fenêtre, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide. Supposant qu'il s'agisse d'opérer un trichiasis général de la paupière supérieure gauche, la plaque ou spatule de Beer est introduite sous cette paupière et confiée à un aide, qui a soin de la pousser un peu en avant, en faisant légèrement basculer la plaque. L'opérateur tend alors transversalement, avec le pouce et l'index, le voile membraneux sur la spatule; puis, de l'autre main, armée d'un petit ténotome acéré et solide, enfonce l'instrument dans le bord libre de la paupière, vers l'angle externe, en ayant soin de le faire pénétrer juste à l'endroit où se trouve la ligne courbe un peu foncée qui se dessine au-devant des glandes de Meibomius. Le ténotome pénètre en suivant la courbure de la face antérieure du cartilage tarse, et non par la direction de la face antérieure de la paupière. Pendant ce temps de l'opération, le ténotome a emporté une légère lame de la face antérieure du cartilage, et, arrivé à la hauteur voulue, la pointe est sortie de l'intérieur du tarse pour se porter un peu vers la face profonde de la peau doublée du muscle ciliaire. L'opérateur continue alors à pratiquer le dédoublement de la paupière en faisant cheminer le tranchant de l'instrument de dehors en dedans jusqu'au point lacrymal, qu'il respecte, et en conservant toujours les mêmes rapports du ténotome avec les tissus. La profondeur à laquelle il a pénétré est de 3 millimètres au milieu de la paupière, et d'un peu moins vers les deux angles. On a alors dans la moitié antérieure de la paupière ainsi dédoublée, tous les cils et leurs bulbes incrustés dans une mince lame cartilagineuse, ainsi que le bourrelet musculo-cutané tout entier, et dans la moitié postérieure le reste du cartilage tarse doublé de la conjonctive et renfermant toutes les glandes de Meibomius intactes.

Il faut maintenant renverser la moitié antérieure pour opérer sur sa face profonde; et comme ce renversement ne pourrait se faire en masse, on plonge le ténotome à plat sous son milieu, et, tournant le tranchant de l'instrument en avant, on fait sortir sa pointe à travers l'épaisseur des parties pour achever la division de dedans en dehors en le retirant à soi. Chacun des deux lambeaux ainsi formés est successivement retourné, soit simplement avec les doigts, soit avec une pince à cils qui saisit ces poils, soit avec une fine pince à dents qui accroche le bord libre. Puis, avec des ciseaux courbes, on excise toute la couche profonde des deux lambeaux, comprenant la lamelle cartilagineuse avec les bulbes, le muscle ciliaire et une partie du corps des cils. Après cette abrasion, il reste encore des fragments de corps ciliaires implantés à la superficie du renflement musculo-cutané, mais l'extraction de ces petits bouts pileux débarrasse définitivement les lambeaux de tout ce qui pourrait former un élément de trichiasis. Le temps principal de l'opération étant ainsi terminé, on lave la plaie avec de l'eau froide, et, après que toute hémorrhagie a cessé, on procède à la suture des lambeaux. (*Monit. des sciences méd.*, janvier 1862.)

VARIÉTÉS.

Appareils destinés aux amputés qui ont subi la désarticulation de la cuisse.

La désarticulation de la cuisse constitue une mutilation si considérable, que l'on s'explique facilement comment il se fait que les chirurgiens, même les plus hardis, ont hésité longtemps à la pratiquer. En effet, le membre inférieur constitue presque le cinquième de la masse totale du corps, et la plaie produite par l'amputation coxo-fémorale présente une surface dont le diamètre est égal à celui du corps.

Morand paraît avoir eu le premier l'idée de la possibilité et du succès de cette formidable opération; deux jeunes praticiens, Wolher et Puthod, ses anciens élèves, en firent la proposition formelle dans un mémoire qu'ils adressè-

rent à l'Académie de chirurgie, le 3 mars 1789. Le Dran et Guérin le fils présentèrent un rapport favorable sur ce travail. Quelques années plus tard, en 1743, Ravaton voulut tenter cette désarticulation, mais la majorité des confrères appelés en consultation s'y opposa.

Cependant les exemples de mutilations accidentelles, presque aussi considérables, et qui n'empêchaient pas les malades de continuer à vivre, devaient soutenir les chirurgiens qui ont à cœur les progrès de leur art, et les faire poursuivre la solution du problème de la désarticulation de la cuisse. Aussi, lorsque l'Académie de chirurgie mit la question au concours en 1759, elle ne reçut pas moins de trente-quatre mémoires. La question était ainsi posée : « Dans le cas où l'amputation de la cuisse, dans son articulation avec la hanche, paraîtrait l'unique ressource pour sauver la vie à un malade, déterminer si l'on doit pratiquer cette opération, et quelle serait la manière la plus avantageuse. » Le nombre considérable des mémoires adressés à l'illustre compagnie prouve combien cette question était mûre pour la discussion, et presque tous les concurrents concluaient à la possibilité de l'opération. Barbet, dont le mémoire fut couronné, ne s'appuyait pas seulement sur l'analogie, mais sur le fait d'un jeune garçon âgé de quatorze ans, affecté de gangrène des membres inférieurs produite par l'usage du seigle ergoté et chez lequel Lacroix, d'Orléans, dut séparer d'abord le membre droit, puis, quatre jours après, le gauche. Malgré cette double mutilation, on espéra un instant le voir guérir, mais il succomba quinze jours après la première désarticulation.

En 1774, Perrault, de Sainte-Maure, en Touraine, eut l'occasion d'imiter la conduite de Lacroix sur un nommé Gois, dont la cuisse avait été écrasée entre un mur et le timon d'une voiture. Ce malade, dont Sabatier nous a conservé l'histoire (*Méd. opératoire*, t. IV, p. 542), a guéri ; il est même resté longtemps cuisinier dans une auberge de Sainte-Maure.

Malgré ces succès, et le prix décerné par l'Académie de chirurgie, il s'écoula bon nombre d'années avant qu'un chirurgien osât assumer sur lui la responsabilité de cette opération pratiquée dans le vif des chairs, et ce furent seulement les grandes guerres de l'empire qui, en venant offrir de fréquentes occasions de renouveler ces tentatives, fournirent des cas assez nombreux pour faire entrer définitivement la désarticulation de la cuisse dans le cadre des opérations réglées.

Nous n'avons pas à discuter ici les indications toutes spéciales de cette grave mutilation, qui restera toujours une opération exceptionnelle, même parmi les ressources ultimes de l'art. Nous abordons notre sujet seulement au point de vue des services que peut rendre la prothèse. A ce point de vue, nous avons à signaler tout d'abord aux chirurgiens une précaution importante, s'ils veulent mettre les mutilés à l'abri des douleurs intolérables qui suivent souvent ces opérations, et les force à cesser l'usage de leurs appareils. Quel que soit le procédé opératoire dont ils feront choix, ils doivent pratiquer la résection du nerf sciatique à sa sortie de l'échancrure du bassin. L'histoire de l'amputé de M. Sédillot et l'examen de la pièce pathologique que M. le docteur Dauvé, chirurgien aide-major à l'hôpital des Invalides, est venu présenter à la Société de chirurgie nous en fournissent une preuve nouvelle (Voir l'*Obs. I*). Le conseil formulé par M. Dauvé est d'autant plus important à suivre que les quelques essais d'excision de l'extrémité des troncs nerveux hypertrophiés au fond d'anciennes blessures, ou des cicatrices de moignons, n'ont pas débarrassé les malades des douleurs atroces qu'ils éprouvaient. Mieux vaut donc, dans ces cas, faire de la

prophylaxie, puisque la thérapeutique est restée jusqu'ici impuissante pour soulager les mutilés.

Ce fait nous est une nouvelle occasion de rappeler que les chirurgiens ont à tenir compte de certaines conditions spéciales pour que les mutilés puissent bénéficier des ressources de la prothèse. Faute de ce soin, les progrès dans la construction des appareils deviennent inutiles, puisque les amputés ne peuvent faire usage d'aucun modèle, et surtout après la désarticulation de la cuisse, car dans ces cas il faut, de toute nécessité, que la cicatrice même du moignon porte sur l'appareil.

Tout exceptionnelles que sont les guérisons, après ces grandes mutilations, elles sont encore assez nombreuses pour que la prothèse ait dû chercher à y remédier. Ainsi, il y a quelques années encore, on pouvait voir dans les cours de l'Hôtel des Invalides les deux militaires auxquels MM. Sédillot et Baudens avaient désarticulé la cuisse, donnant le bras à un amputé des deux jambes. Ces trois hommes se soutenaient donc seulement sur deux membres naturels et en comptaient quatre artificiels ! Il faut parcourir certains asiles, comme les Invalides, Bicêtre et la Salpêtrière, pour se bien rendre compte et du nombre, et de la variété, ainsi que de l'étendue des mutilations que le corps humain peut subir impunément.

Les amputés de la cuisse commencent par marcher avec des béquilles ; mais, dès que leur moignon est cicatrisé, ils réclament un appareil de sustentation plus commode, car l'usage des béquilles exigeant l'emploi des mains, ils ne peuvent se livrer à aucune occupation.

Le plus simple appareil, celui que l'on confectionne dans l'atelier spécial des Invalides, est disposé à peu près comme le cuissart ordinaire destiné aux amputés de la cuisse ; seulement le cône (fig. 1), au lieu d'être creusé pour loger le moignon, forme une espèce de godet peu profond, qui reçoit la tubérosité de l'ischion, et supporte le poids du corps pendant la station et la marche. Le point d'appui étant peu étendu, l'appareil se déplaçait facilement, et, pour la progression, le malade était forcé de le conduire avec la main, à l'aide d'une tige trnsversale (D, fi. 1). Dans la station assise, l'appareil se déplaçait constamment, et le mutilé devait le remettre avec soin, avant d'essayer seulement un pas.

M. Charrière a livré aux Invalides un modèle presque aussi simple (fig. 2), mais qui parait en grande partie à ces deux principaux inconvénients. La sellette, moulée sur le moignon, embrassait le côté mutilé du bassin, de sorte que le point d'appui était fixe et immobile. Sur la face externe de cette portion de l'appareil était placé un ressort qui permettait la flexion du pilon pendant la station assise.

Voici l'histoire d'un malade qui, pendant plus de vingt années, a fait un usage alternatif de ces deux modèles. Un emploi aussi longtemps continué prouve qu'ils lui rendaient des services.

Obs. I. *Désarticulation de la cuisse.—Usage d'appareils prothétiques pendant vingt-deux ans. — Douleurs atroces du moignon. — Examen des altérations subies par le nerf sciatique.* — Le nommé Rembourg, de bonne constitution, âgé de trente-cinq ans, fut atteint, en juillet 1837, d'une fracture comminutive du fémur, compliquée de plaie aux parties molles de la cuisse droite, survenue à la suite d'une chute du premier étage d'une caserne. Cette fracture s'étant reproduite deux fois, accompagnée des accidents les plus graves, le malade entra dans le service de M. Sédillot, au Val-de-Grâce, en octobre 1839. Après avoir

reconnu que l'affection remontait jusqu'au bassin, l'habile professeur se décida à désarticuler la cuisse, le 17 août 1840. La méthode à lambeau antérieur fut employée; on constata, entre autres lésions, une ostéite raréfiante de la tête du fémur; la cavité cotyloïde était noirâtre et l'ischion dénudé. Malgré l'état alarmant de ces parties, le malade guérit, après cinquante jours de traitement, et fut admis, sur sa demande, à l'Hôtel des Invalides. La relation de ce fait se trouve dans le tome XLIX des *Mémoires de médecine militaire*.

A son entrée à l'Hôtel, Rembourg reçut un membre dit *sellette* (fig. 1), dont il se servit uniquement pendant plusieurs mois. Ce membre se composait d'un cône

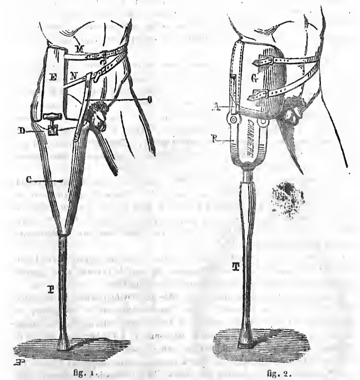


fig. 1. fig. 2.

creux en bois (C), terminé en bas par un pilon (P) et en haut par un coussin (D) épais, surmonté d'une palette (E). A cette palette s'adaptaient deux courroies (MN) qui se bouclaient autour des reins de l'amputé en passant dans des trous faits à une large ceinture en cuir rembourrée qui entouraient la partie inférieure de la poitrine. La partie antérieure de la courroie inférieure (N) passait encore dans une troisième courroie (O) en drap, qui s'attachait au cône en bois de l'appareil. Enfin, une poignée (D), servant à mouvoir le membre, était placée au côté externe et à portée de la main.

Une jambe artificielle, d'une forme différente, fut essayée par Rembourg (fig. 2). Elle se composait d'une courte et large gouttière (G) fermée en bas par une coque destinée à se mouler sur le moignon. Cette gouttière est en cuir lé-

gèrement matelassé, et s'attache par deux courroies au-dessus de la hanche saine. Elle s'articule par un ressort (A) d'arrêt avec un demi-cercle en fer (R) qui, à sa partie médiane, s'appuie sur un long pilon de bois (T).

Cette jambe, construite par M. Charrière père, est plus légère que la précédente, elle emboîte mieux le moignon; cependant notre amputé préférait la sellette. Il prétendait que la gouttière en cuir enveloppait trop son moignon, lui tenait trop chaud, et le fatiguait davantage. Monteur de meubles sur cuivre, il travaillait constamment debout; pendant son travail, et pour ses courses rapides, il préférait la sellette, et n'employait le membre artificiel que pour ses promenades les plus éloignées. Avec cet appareil, il allait moins vite qu'avec le premier, mais aussi la cicatrice était moins douloureuse quand il avait marché longtemps. Il était devenu d'une agilité surprenante, et souvent il se servait d'une béquille et d'un béquillon seulement pour ses promenades dans l'Hôtel.

Il jouit pendant vingt-deux ans d'une santé excellente en apparence; pendant les premières années qui suivirent la désarticulation, il n'éprouva que peu de douleur dans le moignon, et ce n'est que vers l'année 1848 que des douleurs atroces se firent sentir à de courts intervalles dans la cicatrice, et surtout à sa partie externe, dans le point le plus exposé aux violences extérieures. Il calmait ses souffrances avec de l'eau-de-vie. Enfin, le 25 janvier, à la suite d'excès alcooliques immodérés, il entra dans les salles de M. Faure, et là il mourut, au milieu d'un délire furieux, avec tous les symptômes d'une méningite aiguë, le 28 janvier.

A l'autopsie du moignon, on trouva chacun des tissus cicatrisé suivant les lois si bien décrites dans le mémoire couronné de M. F. Hutin. La moitié droite du bassin fut préparée et présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 5 février dernier. Cette pièce offre à considérer : 1° l'état de la cavité cotyloïde; 2° la déformation du bassin; 3° le renflement nerveux de l'extrémité du nerf grand sciatique.

1° La cavité cotyloïde renferme une couche de tissu fibro-graisseux de 1 centimètre 1/2 d'épaisseur. Le tissu spongieux du fond de la cavité s'est considérablement développé, son épaisseur est de 2 centimètres.

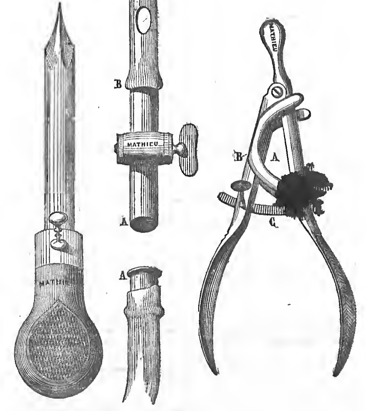
2° Le sacrum et le coccyx soudés ensemble sont déviés à droite, la fosse iliaque interne est plus excavée, l'épine iliaque antérieure et supérieure est rapprochée de l'angle sacro-vertébral, la fosse iliaque externe est plus aplatie et semble verticale. Cette déformation doit tenir : 1° à l'habitude du malade de s'asseoir sur la cuisse et l'ischion du côté sain; 2° au défaut d'antagonisme des muscles du bassin, ceux qui s'insèrent à la cuisse étant coupés, et ceux du dos et de l'abdomen ayant conservé leur action; 3° à la pression du membre artificiel sur le moignon.

3° L'extrémité du nerf grand sciatique présente un renflement de la grosseur d'un œuf de pigeon, et ce renflement se trouve situé au point le plus adhérent de la cicatrice, sur le côté externe du corps de l'ischion, au point où l'amputé souffrait le plus, au point le plus exposé aux violences extérieures et à la pression de l'appareil prothétique. Le nerf crural, placé plus en avant, n'offre pas de renflement. Cette coïncidence d'hypertrophie nerveuse et de douleur ne doit-elle pas engager, dit M. Dauvé, à réséquer le nerf grand sciatique à sa sortie de la grande échancrure sacro-sciatique.

(La fin au prochain numéro.)

Appareils destinés à l'opération de l'ovariotomie.

M. Mathieu a présenté à l'Académie de médecine les nouveaux modèles d'instruments qu'il propose pour cette opération. Nous appelons tout spécialement l'attention des chirurgiens sur le *serre-pédicule.* C'est par l'insuffisance de l'hémostasie que M. Hergott a échoué également dans la tentative d'ovariotomie qu'il a pratiquée, il y a deux ans, dans le service de M. Schutzemberger (Voir *Gaz. méd. de Strasbourg,* 1859, p. 31). Ceci rappelé, nous publions la note de M. Mathieu.



« Ayant eu l'honneur d'assister à l'opération de l'ovariotomie pratiquée à Saint-Germain, par M. le docteur Demarquay, j'ai pensé, dit-il, que la partie instrumentale pourrait être avantageusement perfectionnée. J'ai donc l'honneur de présenter à l'Académie :

« 1° Un trocart de fort calibre, à robinet, muni d'un ajustage avec tube en caoutchouc et un point d'arrêt dans la continuation de la canule. Cette idée, qui est de M. le professeur Nélaton, est destinée à empêcher la canule du trocart de s'échapper du kyste au moment où l'on évacue le liquide;

« 2° Une pince forte et à point d'arrêt, munie de dents multiples et courtes, pour saisir le kyste sans le déchirer ;

« 3° Une pince, que j'appelle *serre-pédicule*, disposée de manière à opérer la constriction dans une espèce de triangle à angles arrondis. Cette disposition permet de ramasser le pédicule dans un espace qui, au fur et à mesure que l'on comprime, devient toujours de plus en plus petit, en se rapprochant de la forme circulaire. Cette disposition a, en outre, pour avantage de ne pas étaler en long le pédicule, ainsi que le fait le constricteur anglais.

« J'ai également fait un constricteur à chaînes métalliques, dans le genre de l'écraseur linéaire.

« Ces instruments ont été appréciés par les chirurgiens qui ont assisté à cette opération et par M. Demarquay. »

Notre distingué confrère, M. Béclard, vient d'être élu membre de l'Académie de médecine, par 55 suffrages contre 19 donnés à M. Sappey.

M. Poggiale, pharmacien-inspecteur du service de santé des armées, est adjoint à la Commission officielle du *Codex*.

M. Magne, professeur à l'Ecole d'Alfort, a été nommé directeur de cet établissement, en remplacement de M. Delafond, décédé.

M. Guignard, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire d'Angers, est délégué dans la chaire d'accouchement de ladite Ecole, en remplacement de M. Négri[illegible] décédé.

La [illegible] à coups redoublés le corps médical. Aux pertes si regrettables que no[illegible]nregistrées, nous avons à ajouter celle de l'une de nos plus grande[illegible]ons, M. Bretonneau (de Tours), qui, depuis ces dernières années, étai[illegible] habiter Passy, et celle de M. le docteur Dujardin Beaumetz, ancien préfet du Puy-de-Dôme, et adjoint au maire du 10e arrondissement de Paris.

M. Gintrac, directeur et professeur de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1861-1862, par M. Henri Gintrac, professeur-adjoint de clinique interne à ladite Ecole.

M. Levieux, docteur en médecine, est chargé, à titre de suppléant hors cadre, de la seconde partie du cours de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

En réponse à une réclamation de la Société pharmaceutique de la Vienne contre l'exercice illégal de la pharmacie par les religieuses de son diocèse, Mgr l'évêque de Poitiers a aussitôt enjoint formellement aux supérieures des congrégations religieuses et aux curés de son diocèse d'avoir à se conformer aux lois, et de veiller à ce que les religieux et les religieuses n'exercent ni la pharmacie, ni la médecine, ni la chirurgie.

Par délibération en date du 6 décembre dernier, le bureau de bienfaisance du 8e arrondissement, « Considérant que M. le docteur Magne a, par ses longs et nombreux services, mérité un témoignage de satisfaction et de gratitude, » se l'est adjoint en qualité d'oculiste. M. Magne est autorisé, à ce titre, à donner des consultations gratuites à la mairie de l'Elysée.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Étude clinique sur la digitale pourprée [1].

Lettre à M. Debout, par M. Hirtz, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

III. Les recherches faites, dans les écoles d'Allemagne, sur la température du corps dans les maladies fébriles, par Bærensprung, Traube, Thierfelder, etc., sont contemporaines et connexes avec celles entreprises par Traube, Kulp, Heise, sur l'emploi de la digitale dans les phlegmasies et les fièvres.

Ces travaux sont remarquables autant par la méthode qui y a présidé que par le résultat obtenu ; méthode vraiment clinique, résultat en tous points digne d'attention. — Nous avons profité de toutes les occasions pour instituer de semblables recherches et contrôler celles dont nous parlons. Ce sont donc nos observations propres sur l'emploi de la digitale dans quelques fièvres inflammatoires que le lecteur trouvera ici.

Inutile de dire que sous ce nom nous n'entendons pas autre chose que la fièvre liée à une phlegmasie.

Quelle que soit l'idée qu'on se fasse du procédé intime qui constitue la fièvre ; qu'on y voie un travail de combustion ou un affaiblissement de l'action régulatrice du système nerveux qui régit le cœur ; qu'on la place dans le sang ou dans la moelle allongée, ou dans l'un et l'autre à la fois, toujours est-il qu'au point de vue clinique, deux faits principaux caractérisent la fièvre : l'accélération de la circulation et l'élévation de la température. Il en résulte que tout moyen capable d'abaisser l'une et l'autre doit être un moyen antipyrétique précieux.

On objectera que la fièvre n'étant qu'un *effet*, c'est la *cause locale* qui doit dominer l'indication. Mais 1° la fièvre n'est pas seulement un effet, c'est une complication, c'est une cause ultérieure de combustion et de destruction ; elle est comme l'incendie qui, né de l'étincelle locale, soulève à son tour le vent qui active le travail destructeur. 2° Cela est si vrai, que, quand le clinicien voit tomber la fièvre, il regarde la maladie comme vaincue ; il s'inquiète moins de l'état local, qui, à l'ordinaire, cède bientôt à son tour.

Les recherches sur la température morbide auxquelles nous avons fait allusion plus haut, font voir comme une règle générale que l'abaissement de la chaleur précède d'ordinaire la disparition des symptômes locaux.

(1) Suite et fin, voir la livraison précédente, p. 145.

La saignée, le mercure, le nitre, le tartre stibié n'agissent pas, selon toute apparence, directement sur l'état local ; ils modifient la composition du sang ; ils enlèvent pour ainsi dire à la fièvre son aliment. La digitale, en diminuant la circulation et la température, paraît agir sur les deux éléments principaux de la fièvre. D'ailleurs, toute la question se résout en dernière analyse dans le résultat thérapeutique ; laissons donc parler les faits.

Ces faits sont aujourd'hui nombreux et concluants. Les recueils de clinique et particulièrement ceux des écoles allemandes nous fournissent des documents certains. Ceux qui méritent le plus d'attention, tant par la rigueur de la méthode d'observation que par les résultats obtenus, sont fournis par les cliniques de la charité de Berlin, sous la direction d'abord de Schoenlein, puis surtout de Traube. Ils sont consignés en partie dans la Thèse de Kulp [1].

Ce sont des pneumonies, des pleurésies, des péricardites, des rhumatismes articulaires aigus, traités par la digitale en infusion, et avec un succès remarquable, tant pour la durée que pour l'issue finale de la maladie.

Mais, nous l'avons dit en commençant ce travail, la valeur d'un médicament ne peut être bien jugée que par son action sur les différents éléments d'une maladie. La méthode employée dans l'ouvrage de Kulp ne laisse rien à désirer sur ce point. Elle fait voir sur quels facteurs agit la digitale. Nous allons donner comme spécimen de son travail le tableau qui constitue la première observation, et qui se reproduit pour chacune des autres. Nous avons suivi cet excellent modèle pour celles qui nous sont propres.

Dies morbi.	REMISSIO			EXACERBATIO			ADNOTATIONES.
	PULS.	RESP	TEMPE.	PULS.	RESP	TEMPE	
VI.	96	22	»	100	23	»	Præscribitur : Infus. h. Digit. (ʒ β.) ℥ IV. Bihorio cochlear sumendum.
VII.	95	28	»	96	35	40°,2	H. Digit ʒ β. Consumta. Pulsus retardari cœptus.
VIII	56	27	39°,8	»	»	»	Pulsus paululum irregularis. Resorptio exsudati incipiens.
				48	25	39°,3	Temperatura delapsa.
IX.	36	20	36°,05	»	»	»	H. Digit. gr. LVI. Consumpta ; Digit. seponitur ; præscrib. solutio gummosa.
				36	22	»	Facies et manus frigidæ.
X.	32	18	36°	»	»	»	Temperat. minim. — Urinæ sedimenta, sputa cocta
XI.				29	22	»	Facies et extremitates frigidæ. Minima pulsus frequentia.
XI.	34	20	»	»	»	»	Diæta antiphlog. seponitur. Vini rubri 1/8 M. pro die.
				29	19	»	
XII.	31	14	»	»	»	»	
XIII	34	15	36°,9				Incrementum pulsus et temp.
XIV	34	16	37°,35				

(1) *D. Herb. digital. in febribus inflammator. usu ; Berolin.*, 1852.

Obs. I. Ægrotus jam die sexto pleuropneumonia laborat. Priusquam in nosocomium receptus est, venæsectio et cucurbitæ cruentæ adhibitæ sunt. Labiæ, genæ, conjunctivæ pallidæ. Morbus nihil imminutus. (*Voir le tableau ci-contre.*)

Nous voyons ici le pouls commencer à se ralentir vingt-quatre heures après l'emploi de la digitale. Ce ralentissement commence par la non-exacerbation du soir (96). Le lendemain il est à 56, deux jours après à 32, et le cinquième jour du traitement il tombe au minimun de 29. Dès l'avant-veille la digitale prise à un total de 56 grains avait été suspendue.

La température qui, à la fin du deuxième jour, est encore à 40° 2, tombe le lendemain, troisième jour, à 39° 3 ; le surlendemain, à 36° 5, et le cinquième jour du traitement à 36 degrés, *un degré et demi au-dessous de la normale.*

La résolution commençante de la maladie tombe à la fin du deuxième jour, quand le pouls était diminué depuis la veille et la température depuis le matin.

Comme la diminution du pouls n'a été accompagnée ni d'émission critique, ni de sueur, ni de diarrhée, et qu'elle a précédé et non suivi la résolution, l'auteur conclut avec une grande chance de certitude, que c'est à l'herbe de digitale qu'il faut en attribuer le mérite.

Même remarque pour la diminution de la température. Il est à noter d'abord qu'elle est tombée au-dessous de la normale (d'un demi-degré). Le refroidissement des extrémités et de la face a ici une toute autre signification que dans le frisson pathologique, où le sang en réalité garde sa température. Cette réfrigération ne peut être attribuée aux pertes sécrétoires, puisqu'il n'y en a pas eu, ni à la diète, puisqu'elle a disparu pendant la continuation de celle-ci, ni enfin à la combustion fébrile ; elle peut donc légitimement être attribuée à la digitale. Il faut seulement ajouter que la combustion fébrile parait être une condition préliminaire sans laquelle la température ne descendrait pas si bas, car la digitale administrée à l'état apyrétique ne conduit pas à un tel abaissement. Remarquons que dès le quatrième jour de la cessation du remède, la température remontait ainsi que le pouls, mais en proportions différentes, en ce sens que celui-ci n'atteignit sa normale que bien longtemps après que la température eut retrouvé la sienne.

Le malade guérit rapidement.

Cette lenteur persistante du pouls est un avantage de la digitale dans les maladies aiguës. Une fois le coup frappé à point, une fois l'impulsion imprimée, on peut cesser le remède, et l'action se continue plusieurs jours.

Passons maintenant aux faits qui nous sont propres.

Obs. II. Une jeune fille de vingt-deux ans, lymphatico-sanguine, entre à la clinique le troisième jour d'une pneumonie du sommet du côté droit. — Nous l'avions traitée nous-même en ville par une saignée. — Antécédents tuberculeux. — Peau brûlante, sèche, toux vive, oppression, souffle et matité occupant le tiers supérieur du poumon droit, expectoration sanguinolente, sueur. Nous résumons l'histoire de cette maladie dans le tableau suivant :

TABLEAU II.

Jour de la maladie.	Pouls.	Température.	
III	124		Saignée, tartre stibié.
IV	122	40,5	Urine sédimenteuse, sueur.
V	118	40,3	Urines sédimenteuses, selles aqueuses, infusion de digitale Hb 0,50 sur 120, décroissance légère du pouls, même température.
VI	102	39,5	Les 2/3 de la digitale pris ; décroissance du pouls et de la température, même potion.
VII	82	37	Sueurs copicuses, presque toute la deuxième potion prise. On remplace la digitale par une potion gommeuse.
VIII	53	36,3	Minimum de la température, — râle crépitant de retour.
IX	54	36,8	On diminue la diète.
X	48	37	Minimum du pouls. — La résolution continue.
XI	64		Convalescence.

La saignée et le tartre stibié administrés le jour de l'entrée (troisième de la maladie) n'ont produit, au bout de vingt-quatre heures, qu'un effet insignifiant ; le pouls, il est vrai, était tombé à 118, mais la température restait à 40° 3. Les selles aqueuses et les sueurs peuvent avoir eu leur part dans ce léger ralentissement, comme les urines sédimentenses qui, elles aussi, n'étaient pas critiques. Le cinquième jour de la maladie, administration de la digitale, la température étant au maximum ; vingt-quatre heures après le pouls tombe à 102 (de 118), et la température à 39° 5 (de 40° 3). Le septième jour, et après la consommation de la deuxième potion, pouls à 82, température à 37 degrés. Le huitième, nous notons le minimum de la température (36° 3), et le dixième, le minimun du pouls (48). Dès le huitième jour la résolution de la maladie avait commencé; le dixième, la convalescence s'était déclarée.

On remarquera que la saignée faite en ville, ainsi que celle pratiquée le premier jour de l'entrée de la malade, n'ont eu aucune influence sur la fièvre; il en a été de même pour les sueurs observées dès le début ainsi que pour les urines sédimenteuses. Celles-ci ont sans doute été le résultat d'une simple concentration produite par la

sueur abondante et les selles aqueuses. Malgré ces circonstances, ordinairement de bon augure, on a noté, le cinquième jour, 118 pulsations et 48° 3 de température. Les sueurs du septième jour ont au contraire accompagné la solution critique.

Quant à la résolution de l'hépatisation, elle n'a commencé à se manifester que deux jours après la chute du pouls et de la température; ce qui semble prouver que la maladie locale n'est pas la condition unique de la fièvre. Il arrive ici ce qu'ont déjà constaté les recherches de MM. Traube, Bærensprung, Jochmann sur la température fébrile, dont l'abaissement précède ordinairement et souvent assez longtemps l'amendement du travail local.

L'observation sur laquelle nous venons de nous étendre peut être regardée comme un spécimen de ce qu'on observe généralement, sauf les nuances inséparables de tous les faits cliniques, où les circonstances individuelles de tempérament, d'impressionnabilité, d'intensité variable de la maladie, etc., fournissent constamment des aberrations dont il faut tenir compte.

Nous avons appliqué la même méthode de traitement et d'observation à un assez grand nombre d'affections inflammatoires, variées de siéges. Outre la pneumonie et la pleurésie, les rhumatismes articulaire aigus et la phthisie inflammatoire ont fait l'objet de cette étude. D'un autre côté, dans notre pratique civile, nous avons profité de chaque circonstance où l'indication du même traitement nous était offerte, et si, en ville, les procédés de supputation exacte, thermométriques et autres nous ont naturellement fait défaut, nous pouvons cependant dire *au juger* que les résultats n'ont pas été moins marqués.

NOM DE LA MALADIE.	TEMPS nécessaire pour diminuer			QUANT. DE DIGITALE prise par le malade		En combien d'heures sont arrivés au minimum	
	le pouls.	la temp.	la maladie	jusqu'à cessation de la fièvre.	pendant toute la maladie.	le pouls.	la temp.
Pneumonie..........	24 h.	36 h.	72 h.	0,50	1,0	96	112
Phthisie aiguë.......	36	48		1,50	2,0	72	60
Pneumonie...........	24	24	72	1,0	1,0	150	90
Pleurésie...........	24	36	60	1,50	2,50	72	48
Rhum. art. aigu.....	48	60	48	1,0	1,50	124	96
Pleuropneumonie....	48	48	60	1,50	2,50	96	120
Bronchite aiguë génale	48	60	60	1,50	2,50	144	156

Il serait fastidieux de citer ici d'autres observations particulières; mais nous venons, à l'exemple de Kulp, de résumer dans un tableau

général les faits que nous avons recueillis à l'hôpital durant l'année 1859-1860. Si quelques-uns laissent encore à désirer en exactitude, l'ensemble nous paraît fournir quelques données suffisantes pour apprécier le rôle thérapeutique de la digitale et provoquer la continuation de ces recherches.

Le lecteur attentif fera facilement ressortir les conclusions qui découlent de ce résumé.

Il nous paraît démontré que la digitale agit dans les pyrexies inflammatoires en s'attaquant à l'*élément fièvre*, c'est-à-dire en abattant la circulation et la température. Il est probable que le second résultat est subordonné au premier comme l'effet l'est à la cause. En effet, l'abaissement du pouls dans les recherches de Kulp comme dans les nôtres, précède ordinairement et ne suit jamais celui de la température, circonstance qu'on n'observe pas si constamment quand la fièvre cède sous d'autres influences et qui tend à confirmer l'opinion de Traube, que c'est en ralentissant le pouls que la digitale déprime la température.

La digitale nous paraît surtout indiquée dans les inflammations ou prédominent la chaleur et la fréquence du pouls, avec intégrité des fonctions cérébrales et digestives.

Elle nous semble particulièrement convenir aux inflammations thoraciques, parenchymateuses ou séreuses.

Dans la pneumonie, elle rivalise avec la saignée et ne doit pas l'exclure absolument. Toutes deux concourent au même but par d'autres voies.

La digitale pourra souvent remplacer avantageusement le tartre stibié, surtout dans les complications diarrhéiques; elle lui est certainement supérieure dans les inflammations des séreuses.

Nous en avons retiré de très-bons effets dans la phthisie inflammatoire. La digitale est probablement contre-indiquée dans les inflammations avec collapsus profond, tendance à la réfrigération et imminence de suppuration ; les irritations gastriques concomitantes la contre-indiquent formellement.

Ajoutons, avant de terminer, que nous n'avons jamais observé d'intoxication ni d'accidents graves qui aient pu lui être attribués, ni d'effets consécutifs fâcheux sur les voies gastriques.

L'effet diurétique a été rarement noté dans nos observations.

Les phlegmasies fébriles dans lesquelles nous l'avons employée ont toutes guéri ; deux cas de phthisie pulmonaire ont été complétement enrayés, circonstance dont nous ne voulons tirer aucune conclusion générale : notre statistique est trop limitée, et nous savons trop

bien qu'il n'est pas de médicament qui guérisse partout et toujours. D'ailleurs, nous avons choisi exprès des faits sans complication.

La dose à laquelle nous avons porté l'herbe de digitale a été généralement de 0,50 sur 100 d'infusion au début, rarement nous avons redoublé la dose. Cette dose est généralement moindre à peu près de moitié de celle prescrite dans la pratique courante; toutefois elle a toujours produit les effets immédiats voulus; cela tient sans doute aux soins extrêmes qu'apporte le savant chef de notre pharmacie, M. Hepp, à la récolte et à la conservation de ses substances médicamenteuses.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur le traitement des adénômes et des tumeurs irritables de la mamelle par la compression [1].

Par M. Paul Broca, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

§ II. *Adénômes compliqués de névralgie* (*tumeurs irritables de la mamelle*).—On a beaucoup discuté et on discute encore sur la nature de l'affection décrite par A. Cooper sous le nom de *mamelle irritable*, et il me paraît résulter de ces divergences d'opinions qu'on a confondu sous cette dénomination plusieurs états morbides entièrement différents. C'est ce qui arrive souvent en pathologie, lorsqu'on prend un symptôme pour point de départ d'une division ou d'une classification, comme s'il n'était pas possible qu'un symptôme, même prédominant, fût la conséquence de plusieurs espèces de lésions parfaitement distinctes.

Déjà A. Cooper avait reconnu que cette affection présentait deux *formes* distinctes. Cela ressort bien clairement de la première phrase de son mémoire : « La mamelle, dit-il, peut devenir *irritable* sans « la formation d'aucune tumeur appréciable; mais il s'y forme aussi « quelquefois une *tumeur irritable*, offrant une structure différente « de celle de la mamelle et, par conséquent, de nature spécifique. « Ces deux formes de la maladie se présentent, dans la plupart « des cas, chez de jeunes femmes de 16 à 30 ans [2]. » On conçoit difficilement qu'après avoir si nettement caractérisé ces deux *formes*,

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 154.

[2] A. Cooper. *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac et Richelot. Paris, 1837, in-8°, p. 532.

qu'après avoir établi entre elles une distinction qui en fait deux maladies différentes, le chirurgien de Guy's Hospital les ait ensuite continuellement confondues l'une avec l'autre dans le reste de son mémoire.

Il n'est pas douteux que ces deux maladies ont un symptôme commun, la névralgie mammaire; qu'elles s'accompagnent l'une et l'autre de douleurs fort vives, rémittentes ou intermittentes, tantôt spontanées, tantôt éveillées par la plus légère pression, partant d'un point circonscrit de la région mammaire, et s'irradiant aussitôt soit dans le cou, soit dans l'épaule et le membre thoracique, soit dans les parois de la poitrine, soit simultanément dans plusieurs de ces directions. Mais dans le premier cas la névralgie est idiopathique, c'est-à-dire qu'on n'en connaît pas la cause ; dans le second cas, au contraire, les accidents ont leur point de départ dans une lésion matérielle appréciable, dans une tumeur plus ou moins distincte du reste de la mamelle, et on conçoit qu'il puisse découler de ces deux ordres de conditions des indications thérapeutiques très-différentes.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer la névralgie simple de la mamelle, c'est-à-dire la *mamelle irritable sans tumeur*. Il faut croire que je ne suis pas le seul, puisque l'existence de cette affection a été niée par plusieurs chirurgiens. On a dit que la névralgie n'était jamais idiopathique, qu'elle émanait toujours d'une tumeur ou d'une induration de la glande, et que si l'on avait méconnu quelquefois l'existence de cette lésion locale, c'était faute d'un examen suffisant. Il est certain que dans beaucoup de cas les tumeurs irritables sont très-petites, très-peu distinctes des tissus environnants ; on sait en outre qu'il est quelquefois très-difficile de trouver, dans une glande mammaire ferme et volumineuse, un petit noyau d'induration, surtout lorsque les lobes et les lobules sont naturellement séparables, comme on l'observe sur beaucoup de femmes. Toutefois, lorsqu'un chirurgien comme A. Cooper affirme avoir vu plusieurs cas de mamelle irritable sans tumeur appréciable, on ne peut vraiment pas mettre en doute l'habileté de l'observateur. D'ailleurs, il n'y a pas de raison pour que les filets nerveux de la région de la mamelle soient à l'abri des causes ordinaires des névralgies.

Je ne me crois donc pas autorisé à nier l'existence de la *mamelle irritable sans tumeur*, qui constitue la première des deux formes admises par A. Cooper. Si plusieurs chirurgiens, et je suis du nombre, n'en ont pas vu d'exemple, s'ils n'ont vu, comme moi, que des névralgies symptomatiques de tumeurs mammaires, c'est sans doute parce que la première affection est plus rare que la seconde,

et aussi parce que les malades qui n'ont pas de tumeur vont consulter les médecins plutôt que les chirurgiens.

J'ai dû donner d'abord cette explication, pour qu'on ne m'attribue pas la prétention de traiter et de guérir indistinctement par la compression tous les cas de la *mamelle irritable*. Ce que pourrait faire cette méthode lorsque le point de départ des irradiations douloureuses n'est pas dans une lésion appréciable, l'expérience seule pourra le montrer, et elle n'a pas encore été faite. Je ne veux m'occuper que des *tumeurs irritables*, et ici encore il importe sans doute d'établir des distinctions.

A. Cooper n'admet qu'une seule espèce de tumeur irritable, laquelle est, suivant lui, de *nature spécifique*, c'est-à-dire essentiellement différente de toutes les autres espèces de tumeurs du sein. Cette tumeur irritable n'appartient pas au tissu glandulaire, mais au tissu cellulaire environnant; elle dépend si peu de la glande, qu'elle peut se former dans le tissu cellulaire des autres parties du corps. « A la dissection on la trouve composée d'une substance solide, « demi-transparente, entre-mêlée de fibres dont la distribution est « irrégulière. » A. Cooper ajoute qu'il n'y a jamais découvert le moindre filament nerveux; mais l'observation qui termine son mémoire est relative à deux tumeurs irritables sous-cutanées de la partie supérieure de la jambe, et il est presque certain aujourd'hui que ces deux tumeurs étaient des névrômes, affection à peu près inconnue au temps où le chirurgien de Guy's Hospital publia son *Traité des maladies du sein* (1829). C'est pour cela sans doute que M. Velpeau a désigné les tumeurs irritables de la mamelle sous le nom de *nodosités* ou *tumeurs névromatiques* [1]. Que les filets nerveux de la mamelle *puissent* être atteints de névrômes, c'est une chose qu'il serait imprudent de nier; mais j'ose dire que l'existence de cette affection est jusqu'ici purement hypothétique, qu'elle n'est démontrée par aucune observation positive, qu'A. Cooper a établi entre les tumeurs irritables de la mamelle et celles du tissu cellulaire sous-cutané des membres un rapprochement tout à fait arbitraire, puisque, cherchant la nature des premières, il ignorait la nature des autres (*obscurum per obscurius*); qu'enfin dans tous les cas où depuis A. Cooper, l'examen anatomique des tumeurs irritables de la mamelle a pu être fait, il a été évident que ce n'étaient pas des névrômes.

Quelle est donc la nature de ces tumeurs? Pour montrer qu'elle est très-variable, il suffira de citer quelques observations.

---

[1] Velpeau, *Traité des maladies du sein*. Paris, 1854, in-8°, p. 258.

1° Une dame était en proie, depuis dix-huit mois, à une atroce névralgie mammaire, que rien n'avait pu calmer. La mamelle parraissait saine ; mais, en y regardant de plus près, M. Velpeau découvrit derrière cette glande une large plaque *cancéreuse*, qui semblait adhérer aux côtes (¹). Voilà donc une tumeur mammaire irritable, étrangère à la mamelle, et de nature cancéreuse.

2° Une fille de vingt-sept ans, qu'une claudication congéniale exposait à des chutes fréquentes, se fit plusieurs contusions dans les deux seins, qui s'engorgèrent peu à peu, et devinrent le siége de douleurs d'abord légères, puis plus fortes, surtout à l'époque des règles, enfin extrêmement vives, — à tel point que la malade, après plusieurs années de souffrances incoercibles, vint à Paris pour se faire opérer. Les deux mamelles paraissaient presque saines; toutefois on y trouvait, surtout à gauche, quelques noyaux d'indurations, quelques bosselures très-douloureuses à la pression. Il y avait en outre dans l'aisselle gauche trois tumeurs ganglionnaires. « Sans l'engorgement des glandes « axillaires, dit M. Velpeau, on eût pu ranger cette maladie parmi les « maladies du sein sans dégénérescence; mais la présence des gan- « glions m'engagea à pratiquer l'opération. » Le chirurgien enleva toute la mamelle gauche, et prolongea l'incision jusque dans l'aisselle pour enlever en même temps les ganglions. La malade guérit et fut délivrée de toute douleur du côté opéré ; mais le sein droit resta douloureux comme auparavant. — Je transcris le passage relatif à l'examen de la tumeur extirpée : « La glande, coupée tranche « par tranche, présente en dehors quatre à cinq noyaux bien distincts « par leur dureté, leur *aspect rougeâtre ;* le tissu qui les enveloppe « ressemble assez à celui de la glande même, mais il est plus dur, « plus homogène et d'un blanc de lait. » A ces caractères on reconnaît l'inflammation chronique de plusieurs lobules de la mamelle; inflammation consécutive à des contusions répétées. « Les tumeurs « axillaires ne semblent pas de même nature; ce sont de gros gan- « glions lymphatiques remplis de matière tuberculeuse ou caséeuse « rassemblée en petits foyers solides (²). » L'examen microscopique de cette matière caséeuse n'a pas été fait; mais on sait que l'inflammation chronique des ganglions lymphatiques donne souvent lieu à des foyers d'une matière caséeuse qui ressemble à du tubercule ramolli, et qui se compose uniquement de globules de pus, sans mélange de sérosité. Il résulte de là que chez cette malade la tumeur

(¹) Velpeau, *loc. cit.*, p. 271.
(²) Velpeau, *loc. cit.*, p. 266.

irritable était une *mammite chronique*, et que l'engorgement des ganglions axillaires était une complication purement inflammatoire.

3° Une dame de trente ans avait dans le sein droit une *tumeur irritable* dure, rénitente, adhérente à la glande et mal circonscrite. Les douleurs, éveillées par le moindre mouvement, au point que la malade ne pouvait plus coudre, s'irradiaient dans le dos et dans le membre thoracique. La *compression*, appliquée par M. Rufz en décembre 1839, réduisit au bout d'un mois la tumeur au volume d'une grosse amande, et fit disparaître les douleurs. Mais celles-ci revinrent en mai 1841. M. Rufz pratiqua alors une incision qui pénétra dans une poche à parois dures et comme cartilagineuses : c'était un kyste rempli d'un liquide jaune sale. La plaie étant restée fistuleuse, la malade se décida, au bout de quelques mois, à subir l'ablation du kyste, et guérit parfaitement. « Le kyste avait près de « 2 pouces de profondeur ; ses parois étaient blanchâtres et fibro- « cartilagineuses ; il était placé en partie du côté externe et en avant « de la glande mammaire. On eût dit l'une de ces synoviales pla- « cées au-devant des articulations et qui présentent souvent une « altération pareille [1]. »

Ici, par conséquent, la *tumeur irritable* était constituée, par un *kyste uniloculaire de la glande mammaire*.

4° Une jeune fille de dix-huit ans, Emily Jones, était atteinte, depuis dix-huit mois environ, d'une *hypertrophie générale* des deux mamelles. A la date du 17 novembre 1833, le sein gauche avait 12 pouces et demi de circonférence, et le droit 15 pouces, mais il est dit dans l'observation que six mois auparavant le sein droit était considérablement plus gros. La tumeur du sein gauche était indolente. Celle du côté droit était, au contraire, très-irritable ; sa surface était si sensible, que la malade ne pouvait y supporter le plus léger contact. Les douleurs s'irradiaient dans toute la moitié droite du tronc, jusqu'à la région lombaire inclusivement, et dans le bras droit jusqu'au coude. Elles étaient assez vives pour empêcher le sommeil.

Pendant plusieurs mois les médecins et les chirurgiens de Londres épuisèrent toute la série des remèdes internes ; ils firent un grand nombre de saignées générales, plusieurs saignées locales, des frictions de toute sorte : le tout sans succès durable. La malade, désespérée, allait de service en service, d'hôpital en hôpital. Enfin, au

---

[1] Rufz. *Affection douloureuse des glandes mammaires*, dans *Archives générales de médecine*, série IV, t. III, p. 85, septembre 1843.

mois de février 1834, étant dans le service de Guthri, elle eut le bonheur de se faire, par accident, une fracture de côte. On appliqua sur la poitrine un bandage roulé, et les accidents ne tardèrent pas à se calmer. Le bulletin du 1er mars porte : « État satis- « faisant; mamelle *indolente* et diminuant de volume. » La malade quitta alors l'hôpital, promettant bien de revenir aux consultations ; mais on n'en entendit plus parler, ce qui paraît indiquer que la douleur ne reparut pas (1).

Dans ce cas, une simple *hyperthrophie générale de la mamelle* était devenue le point de départ d'accidents identiquement semblables à ceux qui accompagnent les tumeurs les plus irritables. Mais on notera que la même cause existait des deux côtés, et que cependant les phénomènes névralgiques existaient seulement à droite. Le chirurgien ne paraît pas avoir compris l'heureuse influence de la fracture de côte, qui nécessita l'application d'un bandage serré autour de la poitrine; mais je n'hésite pas à attribuer à cette compression involontaire la prompte cessation des douleurs et la diminution de la tumeur. Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'hypertrophie générale dont il est ici question diffère de *l'hypertrophie partielle* qui constitue les adénômes.

On trouve dans le même journal (2) une observation de White relative à une jeune fille hystérique nommée Elisabeth Pollar, âgée également de dix-huit ans, et atteinte d'une *hypertrophie générale* de la mamelle droite, compliquée de névralgie. La douleur retentissait surtout dans le dos, le long de la colonne vertébrale ; elle était si vive, que la malade ne pouvait se coucher sur le dos, et qu'on se demanda un instant si elle n'avait pas une affection du rachis. Ventouses, sangsues, vésicatoires, frictions, acupuncture, remèdes internes, tout fut inutile : l'état de la malade ne fit qu'empirer. L'observation en était là lorsqu'elle fut publiée. On n'avait pas essayé la compression, et pourtant le docteur White avait fait remarquer à ses élèves que dans la névralgie des mamelles, alors qu'une pression très-légère est tout à fait insupportable, il arrive très-souvent qu'une pression très-forte ne détermine aucune douleur (3).

5° Une mulâtresse de quarante-huit ans éprouvait depuis dix ans dans le sein gauche des élancements profonds, parfois insupportables. La douleur revenait par accès irréguliers et très-rappro-

(1) *The London, Med. and Surg. Journal*, vol. VI, p. 190, septembre 1834.
(2) *Loc. cit.*, vol. VI, p. 222.
(3) *Idem.*

chés. Elle s'irradiait dans les clavicules et dans le dos. Le sein gauche paraissait à peine un peu plus volumineux que l'autre. La malade ne pouvait y supporter la moindre pression. Elle avait fait inutilement un grand nombre de remèdes. Enfin le 8 mai 1839, M. Rufz se décida à enlever *la totalité du sein*. La guérison fut radicale. Voici la description de la tumeur : « Elle est environnée « d'un tissu cellulaire graisseux très-abondant : son tissu propre « est ferme, nacré, blanc, ayant l'aspect et la consistance d'un liga- « ment ; on ne distingue point de granulations; deux ou trois points, « qui semblaient des noyaux pendant la vie, ont une texture homo- « gène avec le reste, et en ces points le tissu glandulaire est peut- « être un peu plus tassé. Çà et là on retrouve des pelotons de tissu « cellulaire graisseux. Sans crier sous le scalpel, le tissu glandulaire « est dur; on n'en peut faire sortir aucun liquide. La membrane « propre de la glande s'en détache facilement et n'envoie point dans « la glande de prolongements remarquables. En un mot, cette « glande paraît presque à l'état naturel; son tissu est seulement un « peu plus dur, plus nacré; mais dans ces deux nuances on ne « saurait voir un commencement de dégénération [1]. »

Il s'agissait, dans ce cas, d'une *induration fibreuse de la mamelle*, et cette affection, qui occupait toute l'étendue de la glande, ne paraissait pas de nature inflammatoire.

6° M. Velpeau dit avoir vu plusieurs fois des *grains glanduleux hypertrophiés*, variant du volume d'une lentille au volume d'un pois, donner lieu à tous les accidents des tumeurs irritables, et il rapporte un cas où il en pratiqua l'excision; quoique l'observation soit intitulée *grains glanduleux hypertrophiés*, il reste des doutes sur la nature de la petite tumeur, dont les caractères anatomiques ne sont nullement indiqués. On peut supposer toutefois, d'après l'ensemble de l'observation, que cette tumeur n'était pas un adénôme proprement dit, car l'hypertrophie isolée de quelques grains glanduleux ne constitue pas un adénôme.

7° Enfin j'ai eu l'occasion d'examiner au microscope, en 1846, une tumeur irritable du volume d'une noisette, enlevée par Blandin sur une jeune fille de vingt ans. Deux ans auparavant, cette malade avait déjà été opérée par le même chirurgien d'une autre tumeur de même volume, développée dans la même mamelle. La récidive s'était faite au bout de quelques mois, à deux centimètres environ de la cicatrice. Mais, tandis que la première tumeur était

---

[1] Rufz, *loc. cit.*, dans *Archives générales*, 1843, t. III, p. 79.

indolente, la seconde était devenue le siége de douleurs vives, irradiées dans le cou et dans le bras du côté correspondant. Ce fut cette seconde tumeur que j'étudiai au microscope ; c'était un *adénôme* des mieux caractérisés, *avec prédominance de l'élément glandulaire.* J'ai eu, deux ans plus tard, des nouvelles de l'opérée, elle était toujours parfaitement guérie.

L'énumération qui précède n'est sans doute pas complète, et permet de penser que la plupart des tumeurs du sein, quelle qu'en soit la nature, peuvent devenir irritables ; nous avons vu, en effet, qu'une névralgie, toujours à peu près la même, peut venir compliquer la marche des *cancers*, des *mammites chroniques*, des *kystes uniloculaires*, de l'*hypertrophie générale*, de l'*induration fibreuse*, de l'*hypertrophie isolée des petits grains glandulaires*, et enfin des *adénômes* proprement dits.

L'état irritable n'est donc pas inhérent à la nature de la tumeur. Il ne dépend pas de leur siége, puisque des tumeurs situées même en dehors de la mamelle, comme le cancer sous-mammaire observé par M. Velpeau, peuvent devenir irritables. Enfin il ne dépend pas davantage de leur volume, puisque, dans beaucoup de cas, elles sont très-petites, assez petites même pour être douteuses. N'oublions pas enfin que des auteurs compétents et dignes de foi ont cité des observations de mamelle irritable sans tumeur appréciable, et nous reconnaîtrons que l'état irritable est une complication dépendant de l'idiosyncrasie individuelle. Telle tumeur qui chez la plupart des femmes serait tout à fait indolente, pourra provoquer, chez une femme très-irritable, des accidents névralgiques de la plus haute intensité. Le plus léger trouble de nutrition pourra donner lieu à des accidents semblables, et peut-être faut-il attribuer à des cas de ce genre, à des lésions trop peu caractérisées pour être appréciables au toucher, les observations relatives à des névralgies mammaires paraissant idiopathiques.

Après ces réserves faites, je dois dire pourtant qu'il y a une espèce de tumeur mammaire qui paraît tout particulièrement exposée à cette complication, ce sont les adénômes. Depuis le fait de Blandin, qui date de 1846, j'ai observé et traité quatre cas de tumeurs irritables de la mamelle. Ces quatre cas étaient, comme le premier, relatifs à des adénômes. J'ajoute que le kyste glandulaire de l'une des observations de M. Rufz pouvait très-bien avoir eu pour point de départ un petit adénôme, parce que telle est l'origine la plus ordinaire des kystes de la mamelle. J'ajoute encore que l'hypertrophie isolée des petits grains glanduleux, décrite par M. Velpeau, n'est pas sans

avoir quelque analogie de nature avec l'hypertrophie partielle qui constitue les adénômes. Enfin une analogie pareille existe entre les adénômes et les hypertrophies générales. On peut dire, par conséquent, que la plupart des névralgies mammaires ont pour point de départ les tumeurs qui sont la conséquence des divers modes d'hypertrophie glandulaire, et notamment les adénômes.

Or, il est clair que la compression tient le premier rang parmi les moyens propres à arrêter un travail d'hypertrophie. Les faits consignés dans notre premier article ont montré que ce traitement fait résoudre et disparaître bon nombre d'adénômes, et que, lorsqu'il ne va pas jusque-là, presque toujours, du moins, il modifie avantageusement la marche de ces tumeurs. Il n'y a pas de raison pour que les adénômes irritables soient plus rebelles que les autres à l'action du bandage; mais, avant de les traiter ainsi, il y a lieu de se demander si la complication névralgique est assez étroitement liée à l'état anatomique de la tumeur pour que le symptôme doive nécessairement s'amender en même temps que la lésion. Je pense que les faits connus jusqu'ici permettent de répondre par l'affirmative.

Il est certain, en premier lieu, que les malades qui ont été soumises à l'ablation de toute la glande mammaire, ou seulement à l'ablation de la tumeur, ont été guéries radicalement de leur névralgie. On peut donc compter sur un résultat aussi heureux dans les cas où l'adénôme est susceptible de disparaître entièrement sous l'influence de la compression.

D'un autre côté, deux observations de M. Rufz montrent qu'il suffit de modifier la structure des tumeurs irritables pour leur faire perdre plus ou moins complétement leur irritabilité. Ce chirurgien a traité deux femmes par les *incisions sous-cutanées* pratiquées avec un ténotome à travers la glande malade. Les plaies sous-cutanées ont guéri sans suppuration, et la névralgie, grandement améliorée dans un cas, s'est entièrement dissipée chez l'autre malade. M. Rufz paraît attribuer ce résultat avantageux à la section des nerfs mammaires. Il est fort probable qu'effectivement quelques filets nerveux ont dû être atteints par ces incisions multipliées; mais le tissu de la tumeur, profondément divisé en plusieurs sens, a été le siége d'un travail de réparation qui en a certainement modifié la structure, et c'est à cette cause que, pour ma part, je crois pouvoir rapporter les effets constatés par M. Rufz.

Enfin M. Rufz a vu deux fois les accidents de la mamelle irritable disparaître à la suite du mariage. L'une des femmes eut trois

enfants, qu'elle nourrit. La concision du texte ne permet pas de savoir si la guérison survint avant la première grossesse; mais l'auteur ne dit pas que l'autre malade ait eu des enfants. On sait que chez beaucoup de femmes, la seule influence des plaisirs conjugaux suffit pour faire développer les glandes mammaires, et si cette simple modification physiologique a pu guérir une mamelle irritable, c'est la preuve qu'il n'est pas nécessaire d'enlever les tumeurs, qu'il suffit de les modifier pour avoir le légitime espoir de faire cesser la névralgie.

Je ne puis donc me ranger à l'avis de M. Velpeau, qui considère le traitement des tumeurs irritables par la compression comme une sorte de pis-aller. Il accorde qu'on peut y avoir recours, si l'on veut, avant d'en venir à l'opération ; mais il est clair qu'il n'y attache aucune confiance [1], et il ne paraît pas qu'il ait essayé par lui-même d'en apprécier l'efficacité.

Je pense, au contraire, que ce traitement est le plus rationnel de tous; qu'il doit être employé avant tous les autres. Si la tumeur s'atrophie et disparaît entièrement, la guérison de la névralgie paraît assurée ; si elle ne subit qu'une atrophie incomplète, tout permet de croire que cette modification de structure est suffisante pour mettre fin aux douleurs, ou du moins pour les rendre beaucoup plus supportables. Que la compression doive quelquefois échouer, c'est ce qui me semble fort probable, par le double motif qu'il y a des adénômes rebelles à ce moyen, et qu'il y a des tumeurs irritables qui ne sont pas des adénômes. Mais les résultats que j'ai obtenus dans les quatre cas où j'y ai eu recours permettent de considérer la méthode compressive comme l'une des plus efficaces, j'ajoute même comme la plus efficace de toutes celles qui ont été employées jusqu'ici; je ne parle pas, bien entendu, de l'amputation, ressource certaine, mais aussi humiliante pour la chirurgie qu'effrayante pour les malades.

J'ai cité plus haut l'observation d'une jeune fille, qui était en traitement depuis plusieurs mois pour une mamelle irritable, et chez laquelle on vit disparaître la névralgie et diminuer la tumeur peu de jours après une fracture de côte qui avait nécessité l'application d'un bandage roulé autour de la poitrine. Ce fait est bon à rappeler ; mais on a vu que le chirurgien n'avait pas même soupçonné que son bandage compressif eût exercé quelque influence sur la marche de la maladie.

---

[1] Velpeau, *loc. cit.*, p. 268.

J'ai lieu de croire que M. Rufz est le premier praticien qui ait eu recours sciemment à la compression, dans le cas de tumeur irritable. Il a appliqué deux fois cette méthode avec un succès qui n'a été que temporaire. La première malade, âgée de dix-sept ans, avait déjà, depuis dix mois, essayé inutilement toutes sortes de remèdes, lorsqu'il la décida à se soumettre à la compression. Au bout de six semaines, les douleurs disparurent, le sein devint plus souple; la malade, paraissant entièrement guérie, retourna chez elle; mais M. Rufz apprit ultérieurement que les douleurs avaient reparu au bout de deux mois [1]. La seconde malade était celle dont j'ai déjà parlé, et qui était atteinte d'un kyste uniloculaire de la mamelle. On avait déjà appliqué trois cents sangsues et toutes sortes de remèdes, lorsque M. Rufz fut consulté. Cette fois, la compression, appliquée pendant un mois seulement, fit entièrement disparaître la douleur, qui ne revint qu'au bout de dix-huit mois [2]. Les kystes n'étant pas de nature à se résoudre sous l'influence de la compression, il n'est pas étonnant que la tumeur ait persisté et que de nouveaux accidents se soient manifestés à une époque ultérieure. Il est probable que cette récidive aurait pu être traitée par le même moyen avec le même succès que la première névralgie; mais on n'en fit pas la tentative, et j'ai déjà dit que le chirurgien eut recours avec succès à l'opération sanglante.

Je ne prétends pas que les trois faits qui précèdent soient les seuls qui existent dans la science, mais ce sont les seuls que je connaisse, et je ne les connaissais pas encore lorsque j'eus pour la première fois l'occasion de traiter une tumeur irritable de la mamelle.

Obs. II. *Adénôme irritable.—Compression.—Cessation prompte de la douleur.* — Au mois d'août 1855, remplaçant M. Richet à l'hôpital Saint-Antoine, je trouvai dans le service une jeune fille de dix-huit ans, qui présentait dans le sein gauche une petite tumeur roulante, dure, globuleuse, du volume d'une noisette, et très-douloureuse. La douleur s'irradiait dans l'épaule et dans la paroi thoracique, jusqu'au sternum. Depuis plusieurs mois, on avait essayé, sans aucun succès, un grand nombre de moyens, et la malade, qui craignait de se soumettre à une opération, consentit à se laisser traiter par la compression. J'avais diagnostiqué un adénôme, et je supposais que la douleur disparaîtrait en même temps que la tumeur. La première application du bandage fut très-douloureuse; malgré une bonne dose d'opium, la souffrance persista jusqu'au soir; la nuit fut assez calme, et dès le lendemain la jeune fille,

[1] *Archives générales*, 1843, série IV, t. III, p. 75.
[2] *Loc. cit.*, p. 82. Voyez plus haut, p. 203.

quoique fort gênée par ses bandes, déclara qu'elle se sentait très-soulagée; mais le jour suivant, pendant une crise de douleur, elle relâcha son bandage. Elle se décida pourtant à le laisser appliquer de nouveau. Au bout de huit jours, la tumeur paraissait moins dure et réduite d'un tiers. Elle était douloureuse lorsqu'on la prenait entre les doigts; mais les douleurs spontanées avaient entièrement cessé. Au bout de huit jours encore, la tumeur n'était presque plus appréciable. Il ne restait qu'un petit engorgement, tout à fait indolent, et à peine distinct du reste de la glande. La malade, qui se croyait guérie, et qui était d'ailleurs fort étourdie, déclara alors qu'elle ne souffrait plus du tout, et refusa de se soumettre plus longtemps au traitement. Je quittai l'hôpital quelques jours après, et je ne sais ce qu'elle est devenue.

Ce fait n'a pas beaucoup de valeur, puisque le traitement n'a pas été suivi jusqu'au bout, et que la malade, d'ailleurs, a été perdue de vue très-peu de temps après. Il montre toutefois bien clairement que la compression méthodique et prolongée peut éteindre promptement la douleur. L'observation suivante est déjà plus démonstrative.

Obs. III. *Adénôme irritable de la mamelle droite.—Compression à la faveur du chloroforme.—Guérison complète en cinq semaines, confirmée au bout de trois mois.*—Une demoiselle valaque, âgée de vingt ans, fut conduite à Paris par ses parents, en juin 1858, pour y être traitée d'une tumeur irritable du sein droit. C'était une jeune fille chloro-hystérique, maigre, mal réglée, d'une impressionnabilité excessive, et n'ayant aucune patience contre la douleur. Elle avait épuisé en vain toute la série des remèdes pharmaceutiques, et depuis quelque temps elle avait pris l'habitude de respirer de l'éther pendant les crises. C'était le seul moyen qui calmât momentanément ses souffrances. La tumeur était située à environ 3 centimètres au-dessus et un peu en dehors du mamelon, sur le bord de la glande, qui était naturellement assez petite. Il y avait dix-huit mois qu'elle s'était formée, à la suite d'un coup de clef. Elle avait atteint, en deux ou trois mois, le volume d'une grosse noisette, et n'avait plus fait depuis lors de progrès appréciables. Tant qu'elle s'était accrue, elle était restée presque indolente. Les douleurs n'étaient devenues sérieuses que depuis que la tumeur était stationnaire, et depuis cinq ou six mois elles étaient tout à fait intolérables. Elles se répandaient dans toute la moitié droite du cou, et descendaient dans le membre thoracique du même côté, jusqu'au milieu de l'avant-bras. Elles se manifestaient sous forme de crises soudaines, tantôt spontanées, tantôt provoquées par l'attouchement le plus léger. Ces crises revenaient jusqu'à cinq à six fois par jour; elles survenaient même pendant la nuit, et réveillaient la malade en sursaut. A l'approche des règles, pendant trois ou quatre jours, la douleur était continuelle, avec redoublement fréquent, et supprimait entièrement le sommeil. Un fait assez curieux, c'est que pen-

dant la traversée de Constantinople à Marseille, la malade n'avait pas eu une seule crise, quoique elle n'eût souffert que modérément du mal de mer. Mais deux jours après son arrivée en France, les douleurs reparurent comme auparavant.

La seule idée de la compression la fit frémir. Les douleurs qu'elle ressentait au moindre attouchement lui faisaient redouter comme une torture l'application d'un bandage. J'avais beau lui dire qu'une compression méthodique était beaucoup plus tolérable qu'un froissement léger ; elle ne consentit à s'y soumettre que lorsque je lui eus promis de pallier, à l'aide du chloroforme, la douleur de la première application.

Je ne pouvais songer pourtant à pousser l'inhalation du chloroforme jusqu'à l'anesthésie complète ; car il fallait que la malade se tînt assise, qu'elle tînt ses bras écartés du corps, qu'elle pût, à ma volonté, changer d'attitude. L'ayant fait asseoir sur le bord de son lit, je lui présentai une compresse imbibée de chloroforme. Dès qu'elle commença à éprouver quelques tournements de tête, j'appliquai rapidement sur la tumeur un plastron d'agaric préparé d'avance, et formé de plusieurs rondelles superposées, puis je serrai le plastron au moyen d'un bandage de corps, muni d'une patte, d'un lacet et de deux rangées d'œillets. Pendant cette manœuvre, qui dura à peine une ou deux minutes, la jeune fille ne parut souffrir que modérément ; mais lorsque, après avoir placé des bretelles, je voulus appliquer des tours de bande par-dessus le bandage de corps, elle poussa des cris et se débattit si bien, que je dus, avant de continuer, lui faire de nouveau respirer du chloroforme. Cette fois je poussai un peu plus loin l'anesthésie, et je réussis enfin à achever mon bandage.

La malade se coucha aussitôt et prit 5 centigrammes d'opium. La souffrance était vive; mais au bout d'un quart d'heure elle commença à s'apaiser, et un quart d'heure plus tard la crise avait cessé. Il ne restait qu'une douleur sourde et très-tolérable, qui se dissipa elle même dans l'après-midi. La jeune fille finit par s'endormir, mais elle fut bientôt réveillée par une crise névralgique qui, du reste, fut courte, et déjà moins intense que les crises des jours précédents. Il y eut dans la nuit et dans la matinée du second jour trois ou quatre crises semblables ; les jours suivants les crises devinrent plus courtes, plus faibles, plus rares ; enfin le cinquième jour s'écoula tout entier sans aucune douleur. Le sixième jour j'enlevai le bandage, qui fut réappliqué séance tenante sans difficulté; cette fois, je n'employai que l'agaric et les bandes, parce que le bandage de corps ne me permettait pas de laisser le sein gauche en liberté. Ce jour-là la tumeur était encore assez douloureuse à la pression, mais la douleur ne s'irradiait plus en dehors de la mamelle. L'adénôme était déjà beaucoup moins dur ; il était moins épais, quoique tout aussi large qu'avant la compression.

Le bandage fut renouvelé ensuite tous les cinq jours ; les crises ne revinrent plus. La tumeur, dès le onzième jour, était tout à fait indolente, même à la pression. Le seizième jour, elle était réduite au volume d'un haricot ; le vingt et unième jour enfin elle avait à peu

près disparu. On sentait à sa place un petit lobule glandulaire à peine plus ferme que le reste de la glande.

La jeune fille, enchantée de ce résultat, espérait que j'allais la délivrer de la contrainte du bandage ; mais je lui fis comprendre la nécessité de s'y soumettre encore pendant quinze jours. A la fin de juillet, après cinq semaines de traitement, j'enlevai définitivement les bandes.

Désireux de voir la fête du 15 août, les parents de Mlle X*** restèrent encore quelque temps à Paris. Ils partirent peu de jours après. Je vis ma jeune malade la veille de son départ. La douleur n'avait pas reparu, il n'y avait plus le moindre engorgement dans la mamelle. La guérison paraissait complète. Une lettre que je reçus au milieu de septembre 1858 m'annonça que tout était dans l'état le plus satisfaisant. Mais je suis sans nouvelles depuis cette époque.

Il est fâcheux que je n'aie pas reçu de renseignement ultérieur. De ce que la guérison s'est maintenue pendant trois mois, on ne saurait conclure qu'elle ait été définitive, car on n'a pas oublié qu'une jeune fille que M. Rufz avait guérie par la compression vit ses douleurs récidiver au bout de deux mois.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Notions pharmaceutiques sur la digitale.

Par M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg.

Ni les Grecs ni les Romains ne connurent la digitale pourprée.

Léonhard Fuchs, professeur à l'Université de Tubingen, en 1535, débrouilla le premier la description auparavant si confuse de cette plante et lui composa le nom qu'elle porte encore aujourd'hui. Ses propriétés médicales restèrent entièrement méconnues pendant plus de deux siècles.

Bergius ne mentionne pas encore la digitale dans sa *Matière médicale* publiée en 1778, et il faut arriver à l'année 1785 pour voir Withering, médecin anglais, établi à Birmingham, relever de cet oubli la digitale, par la publication de son traité sur cette plante (*An account of the fox glove and some of its medicinal uses*).

Il employa pour la première fois la digitale contre l'hydropisie en 1775, et appliqua ce nouveau remède, comme il l'avoue lui-

même fort naïvement, aux gens qui vinrent le trouver sans payer ses conseils. Le docteur Withering fit sécher en 1776 une grande quantité de feuilles de digitale, et sa méthode curative de l'hydropisie le rendit si célèbre, que les malades affluèrent de loin pour profiter de son nouveau remède. Depuis lors de nombreux travaux publiés sur l'action de la digitale attestent l'importance que les médecins attachent à cette plante.

Ce remède, qui est un des plus précieux médicaments, peut perdre une grande partie de son efficacité par une mauvaise conservation. Le docteur Withering s'aperçut déjà de la facile altérabilité de cette plante et des soins qu'elle exigeait pour lui assurer la constance dans son action. Il s'occupa de l'époque de la récolte, du choix de la feuille, de la dessiccation et de la conservation de cette plante, et il apporta à tous ces détails une sollicitude intelligente qui prouve qu'il avait compris que peu de végétaux demandent plus de soins pour les préparer. Le pharmacien soigneux, qui désire fournir la digitale dans les meilleures conditions possibles, ne peut mieux faire que de mettre en pratique les indications que nous a laissées le médecin anglais.

Comme preuve de l'incertitude qui entoure cette plante, nous ne pouvons nous empêcher de reproduire l'observation suivante de MM. Homolle et Quévenne, extraite de leur *Mémoire sur la digitale*.

Ces messieurs, en examinant en 1847 la digitale existant sur la place de Paris, constatèrent qu'il y en avait un quart de bien desséchée, un quart de qualité moyenne, et moitié de mal desséchée et manifestement mauvaise.

Il est évident, disent-ils, que cette dernière et considérable fraction n'a pas été jetée, et la digitale n'ayant qu'un usage exclusivement médical, force est bien d'admettre qu'elle a été finalement consommée par les malades.

Parmi les observateurs qui ont reconnu et signalé les inconvénients qui s'attachent à cette plante, si facile à varier dans ses qualités sous l'influence de circonstances nombreuses, on cite Mac Lean, médecin à Sudbury, qui a longuement expérimenté la digitale. Ce médecin, pour remédier, autant qu'il était en lui, à ces éléments d'incertitude, prend le parti de cultiver la plante dans son jardin. « J'avais déjà, dit-il, abandonné cette plante mal préparée comme inutile; mais aujourd'hui je n'hésite pas à dire que c'est un des articles les plus précieux de la matière médicale [1]. »

---

[1] *Mac Lean*, citation de Bayle, *Bibl. thérap.*, t. III, p. 274 et 276.

Ce n'est donc pas une chose oiseuse que de rappeler les préceptes établis par le docteur Withering concernant la récolte et la conservation de cette plante; et c'est pour avoir toujours suivi ces indications que les médecins de notre établissement ont pu obtenir des effets certains par des doses relativement très-faibles. Selon le médecin anglais, les feuilles destinées à l'usage médical ne doivent être recueillies que sur les plantes de seconde année, lorsque les premières fleurs font leur apparition sur la tige; les feuilles seront débarrassées du pétiole et de la plus grande partie de la nervure médiane, de manière à ne conserver que le parenchyme. Les feuilles doivent être récoltées saines, de couleur verte et non foncée.

La dessiccation, selon le médecin anglais, doit se faire au soleil, ou bien à l'aide d'un feu très-faible.

Les feuilles, réduites en poudre, seront conservées dans des flacons fermés et à l'abri de la lumière. Tout en suivant les enseignements que nous fournit le célèbre médecin concernant la récolte et le choix des feuilles, nous préférons à la dessiccation au soleil celle d'une étuve, après avoir commencé la dessiccation à l'ombre sur des châssis garnis de canevas. Dès que la feuille est friable, se réduisant en poudre entre les doigts, on l'introduit dans des caisses en fer-blanc fermant exactement.

L'approvisionnement ne dépasse jamais la consommation d'une année.

Au prix de ces soins le pharmacien peut garantir l'efficacité de ce remède, ce qu'il ne pourra pas faire en offrant à l'usage médical une plante mal soignée, exposée à l'influence destructive des variations de température et d'humidité. Une plante ainsi altérée offre une action amoindrie des 2/5. La digitaline préparée à l'aide de feuilles vieillies a complétement changé de caractère : d'insoluble dans l'eau; elle y est devenue soluble.

Le renouvellement après une année ne peut pas être négligé, car, malgré une conservation soignée dans tous les détails, on constatera facilement que l'herbe, vieille d'une année, a perdu une partie de son amertume.

Il paraîtra d'autant plus nécessaire au pharmacien d'entourer ce médicament de précautions extraordinaires, que l'action physiologique de la digitale n'est pas toujours constante. Le médecin ne saura pas, dans ce cas, si l'insuccès, après l'administration de ce remède, est à expliquer par l'état défectueux du médicament, ou bien par cette circonstance dans l'action qui fait que la digitale agit sur certaines personnes et pas sur d'autres.

Depuis l'important travail de MM. Homolle et Quévenne sur la digitaline, on devait s'attendre à ce que cette préparation remplacerait les préparations de la digitale. Selon les expériences faites par les auteurs de la découverte de la digitaline, cette substance représente exactement les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la digitale. On devait donc trouver dans leur produit cette fixité et cette constance dans l'action qui manquait si souvent à la plante.

Il ne nous appartient pas d'examiner si effectivement la digitaline reproduit sûrement les effets physiologiques de la digitale et de ses préparations. Qu'il nous soit seulement permis de relever ce fait statistique : c'est qu'après avoir largement expérimenté la digitaline, on voit les médecins de notre établissement revenir à la digitale, ce qui permettrait presque de croire qu'ils attachent une importance supérieure à la simple infusion qu'à tout autre produit extrait de cette plante. Nous ne voudrions pas tirer d'autre conclusions de ce fait, si ce n'est que, malgré la précieuse découverte de MM. Homolle et Quévenne, les pharmaciens ne sont pas dégagés de l'obligation d'apporter à la digitale et à ses préparations pharmaceutiques une surveillance et des précautions minutieuses.

C'est à la poudre, à l'infusion, à l'extrait, à la teinture alcoolique et éthérée que le médecin a encore recours, après avoir échoué avec la digitaline.

Nous traiterons successivement de chacun de ces produits :

La poudre de digitale. — Le Codex prescrit de pulvériser la digitale en s'arrêtant lorsque les trois quarts ont été réduits en poudre ; en employant à la pulvérisation des feuilles mondées avec soin, il n'y a pas de raison pour laisser un résidu. La poudre devra être remplacée tous les ans.

Infusion de digitale. — L'infusion est un des modes les plus employés pour administrer la digitale.

La poudre se prête mieux à la préparation de l'infusion que l'herbe. On filtre au papier, après avoir tenu la poudre de digitale en infusion pendant vingt minutes, à une température constante de 70 degrés centigrades.

Les extraits de digitale. — On connaît un extrait aqueux et un extrait alcoolique de digitale.

L'extrait aqueux est considéré comme un médicament peu sûr. Comme il est nécessaire, pour obtenir un extrait aqueux actif, d'épuiser la plante à l'aide d'une assez grande quantité de liquide, on risque fort d'altérer les principes actifs pendant l'évaporation des

liquides. L'évaporation dans le vide, ou pour le moins à une température ne dépassant pas 50 degrés, devient une nécessité.

L'alcool est le véhicule le mieux aproprié pour épuiser la digitale, et l'alcool à 96 degrés est le plus apte à enlever à cette plante tous ses principes actifs.

L'extrait alcoolique de digitale se prépare selon le Codex en traitant 1,000 parties de digitale par 3,500 parties d'alcool à 56 pour cent, opérant par déplacement. Pour obtenir 3,500 parties d'alcool à 56 degrés, je puis me servir de 2,000 d'alcool à 96 degrés et de 1,500 d'eau distillée. En traitant d'abord la plante par de l'alcool à 96 degrés et finissant de l'épuiser par la proportion d'eau pour ramener le degré alcoolique à 56 degrés, j'obtiens, en réunissant les deux liqueurs, les principes solubles dans l'alcool à 96 degrés, ainsi que ceux que l'eau peut enlever. L'extrait ainsi obtenu est d'une action plus que double de celui traité directement par l'alcool à 56 degrés. J'obtiens le cinquième d'un extrait presque sec. La plante qui a servi à la préparation de cet extrait ne conserve plus la moindre saveur amère.

L'évaporation de cet extrait se fait sur des plats à l'étuve.

Je lui ai comparé un extrait alcoolique obtenu dans le vide et je l'ai trouvé inférieur pour son action thérapeutique; car le tout dépend du choix de la matière première, et moins du mode d'évaporation, pourvu que la température ne dépasse pas 40 et 50 degrés.

Cet extrait représente par 100 parties 3 parties de digitaline.

Les dernières expériences thérapeutiques faites par M. le professeur Hirtz l'ont été avec cette préparation.

Je prépare la teinture de digitale en suivant le même procédé; c'est-à-dire qu'en suivant le degré alcoolique du Codex je commence par épuiser la plante par de l'alcool à 96 degrés et je finis par la proportion d'eau nécessaire pour ramener le degré alcoolique à celui qui est adopté.

La teinture éthérée de digitale est regardée, par quelques praticiens, comme n'ayant que les propriétés de l'éther.

On ne peut cependant contester à l'éther de dissoudre les principes actifs de la digitale, en l'épuisant par une proportion suffisante de ce véhicule.

L'extrait éthéré de digitale étant un remède très-énergique, préparé, comme le proposent MM. Homolle et Quévenne, par un éther à 50 degrés Baumé, il serait infiniment préférable de préparer la teinture par solution de l'extrait éthéré dans l'éther.

Au lieu d'un médicament d'une action douteuse, on possèderait

une préparation d'une activité constante, unissant aux propriétés de la digitale celles de l'éther.

CORRESPONDANCE.

De l'iodure neutre d'antimoine et de ses propriétés chimiques et médicales [1].

Par M. le docteur Le Brument et M. Périer, pharmacien à Rouen.

II. *De quelques-unes des propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'iodure neutre d'antimoine et de l'iodure d'antimoine et de fer.* — Nous n'avons pas expérimenté l'iodure neutre d'antimoine sur l'homme à l'état sain ; aussi ne pouvons-nous que signaler ici les principaux phénomènes que nous avons observés sur les malades que nous avons soumis à son usage.

Administré à la dose de 5 centigrammes, lorsque l'estomac est dans l'état de vacuité, l'iodure neutre d'antimoine provoque le plus ordinairement des vomissements accompagnés de ce sentiment d'horripilation, propre d'ailleurs aux agents thérapeutiques qui ont une action émétique. L'opium ne paraît modifier que très-peu cette action, si ce n'est, toutefois, à une dose relativement assez élevée. Dans ce cas, la tolérance s'établit, mais encore avec peine, et souvent, en continuant chaque jour l'usage de l'iodure d'antimoine à cette dose, il détermine de la cardialgie, très-probablement à cause des propriétés caustiques qu'il possède. En outre, malgré la tolérance établie, et l'apparente innocuité de l'iodure d'antimoine dans cette circonstance, en peu de jours il survient une débilitation extrême : le pouls s'accélère, devient filiforme, les mouvements respiratoires sont augmentés, la sécrétion urinaire est diminuée, tandis que parfois une diaphorèse abondante se manifeste. Le plus ordinairement, la peau reste à l'état normal, et dans ce cas, cependant, la sécrétion urinaire n'est pas augmentée. L'urine est généralement très-colorée, mais elle ne donne pas de précipités. Ces divers phénomènes sont surtout apparents, si le malade est dans un état qui ne permet aucune alimentation. Il peut même survenir des accidents sérieux du côté du système nerveux, une agitation extrême, des soubresauts dans les tendons, un délire très-actif et qui se prolonge souvent après la cessation du médicament. Ces acci-

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 163.

dents nous ont paru plus intenses que ceux produits par l'iodisme.

L'iodure d'antimoine administré à une dose peu élevée, 1 centigramme, par exemple, matin et soir, en dehors de l'alimentation, provoque encore des nausées ; il embarrasse les voies digestives, il diminue l'appétit, et donne parfois de la diarrhée chez les phthisiques ou chez les individus atteints de bronchite ; il excite l'expectoration, mais une expectoration irritante, qui détermine souvent une toux violente. Il nous a semblé qu'il hâtait la fonte des tubercules.

Ces divers phénomènes ne cessent pas immédiatement après l'abandon du médicament; pendant plusieurs jours, le malade reste sous son influence.

En résumé, l'iodure neutre d'antimoine est un agent *défibrinant* des plus puissants, et par conséquent un antiphlogistique de premier ordre. Cependant, il nous paraît appelé à rendre les plus éminents services dans la forme chronique de certains états morbides, s'il est secondé par un régime analeptique approprié.

D'après ces propriétés, nous aurions eu de la peine à justifier le choix que nos idées théoriques nous avaient fait faire de ce médicament, si nous n'avions par devers nous des faits très-probants de son efficacité, particulièrement dans le traitement de quelques formes de la phthisie tuberculeuse, dans celui des catarrhes pulmonaires, des scrofules et du rhumatisme noueux. Mais ce n'est plus à la dose de 5 centigrammes, ni même de 1 centigramme, que nous l'avons administré dans ces diverses maladies, mais à une dose bien moindre, 5 milligrammes au plus, et associé à l'alimentation. Dans ce cas, nous avons remarqué que progressivement, il excite l'appétit, il calme la toux, diminue l'expectoration, résout les engorgements et régularise le jeu des fonctions. Mais à cause de la propriété désassimilatrice dont il semble doué au plus haut degré, il nous a paru important d'en suspendre alternativement l'usage.

L'iodure d'antimoine exerce une action topique irritante, il détermine à la surface de la peau une éruption pustuleuse analogue, ou semblable même à celle que produit le tartre stibié. A dose élevée, son action irritante peut aller jusqu'à l'escarrification. Incorporé à petites doses dans un corps gras, ou uni à un tissu, comme nous le dirons plus loin, il pénètre dans l'organisme par absorption cutanée, ainsi que nous l'a révélé l'examen des urines, trente-six heures seulement après l'application du médicament; aucun autre phénomène physiologique particulier ne nous a paru déceler sa présence.

L'iodure d'antimoine et de fer participe des propriétés des deux

corps qui le constituent. Comme l'iodure neutre d'antimoine, il est émétique, et comme l'iodure de fer, il est doné d'une action reconstituante manifeste, surtout lorsqu'il est employé dans les maladies où prédomine la forme chlorotique. Dans ce cas, il nous a paru jouir des propriétés emménagogues les plus prononcées.

Nous ne reproduirons pas dans cette note les observations sur lesquelles nous avons établi les propriétés de ces nouveaux agents, d'abord parce que les guérisons obtenues sont encore de trop fraîche date pour entraîner la conviction, ensuite parce que nous croyons ces agents susceptibles d'autres applications thérapeutiques, et que nous avons besoin de nouvelles études, autant pour spécifier les cas dans lesquels ils peuvent être utilisés, que pour signaler ceux que nous pourrions découvrir. Nous préférons donc attendre que le temps et l'expérience aient non-seulement confirmé nos premiers résultats, mais encore nous aient donné les moyens d'acquérir de nouveaux faits.

SYSTÈME PHARMACEUTIQUE DE L'EMPLOI OFFICINAL ET MAGISTRAL DE L'IODURE NEUTRE D'ANTIMOINE ET DE L'IODURE D'ANTIMOINE ET DE FER.

Iodure neutre d'antimoine.

Pour faciliter l'administration de ce médicament et en régulariser les doses, nous avons adopté le mode de granules dont chacun contient de 2 à 5 milligrammes d'iodure d'antimoine aromatisé avec l'essence d'anis ou de menthe qui en facilitent la tolérance.

Un ou plusieurs granules, suivant les cas, sont administrés au début des deux principaux repas.

Nous l'employons aussi en pilules associé à l'opium, à la digitale, à l'aconit, à la belladone, ou à leurs principes actifs. Dans ce cas, le médicament est donné à des heures éloignées des repas.

Emploi externe.

Nous faisons usage des pommades suivantes :

Pr. Axonge..............................	30 grammes.
Iodure d'antimoine de 25 centigrammes à.	2 et 4 grammes.

suivant que l'on veut en déterminer l'absorption, où produire une action dérivative sur la surface cutanée.

Nous associons à cette pommade, selon les circonstances, l'extrait d'opium, de belladone, etc.

Iodure de fer et d'antimoine.

Nous administrons ce médicament sous la forme de pilules, à la

dose de 25 milligramme à 1 centigramme, rendues inaltérables par une couche de vernis.

Ces pilules sont aussi administrées au moment des repas.

(*La fin au prochain numéro.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Mémorial de thérapeutique, à l'usage des médecins praticiens, par M. le docteur Foy.

Pharmacien en chef de plusieurs des hôpitaux de Paris, et pendant de longues années, M. Foy, docteur *in utroque jure*, a pu s'édifier, à l'école de maîtres habiles, sur l'efficacité réelle des médications diverses que l'on oppose aux nombreuses espèces morbides qui composent le cadre nosologique. Ce sont les résultats de cette expérience désintéressée, si nous pouvons parler ainsi, que notre laborieux confrère présente aux praticiens, sous le titre de *Mémorial de thérapeutique*, et pour lequel il a choisi, disons-le tout d'abord, l'ordre le plus en harmonie avec le but qu'il se proposait, l'ordre alphabétique.

M. le docteur Foy a cru devoir, dans des prolégomènes qui précèdent son ouvrage, exprimer sa pensée sur la médecine, considérée comme science et comme art ; et s'il croit à l'un, il le dit sans ambages, il ne croit guère à l'autre. Mais si l'auteur croit que la médecine, comme science de la vie pathologique, dans sa lente et laborieuse évolution à travers les siècles, n'a fait que se mouvoir dans un cercle d'erreurs, très-peu variées même, comment se fait-il que lui, qui ne croit à la science que comme son tailleur ou sa portière, c'est-à-dire aux enseignements d'un brutal empirisme, comment se fait-il, disons-nous, que dans cette disposition d'esprit, il ait cru devoir placer en tête de son livre une histoire des vicissitudes doctrinales de la médecine dans l'espace et dans le temps. J'admire toujours cette intrépidité d'érudition d'une foule d'auteurs qui, j'en suis sûr, n'ont pas même lu tout entier Sprengel, et qui, quelques sujets qu'ils traitent, croient devoir parcourir d'un pied léger l'histoire de la science, qu'ils nous donnent ainsi diluée jusqu'aux doses les plus infinitésimales. Mais, ce que j'admire dans ces médecins, je le comprends encore bien moins de la part d'un auteur qui ne voit, dans ces nombreuses tentatives de l'esprit, pour aller chercher, sous les phénomènes et les lois qui les commandent,

que le miroitement monotone des mêmes erreurs. A la place de M. Foy, j'eusse été plus net et plus tranché : ne croyant point à la science, je n'eusse pas dit un mot de la science, et j'eusse procédé sans transition à l'exposition des recettes qui m'auraient paru avoir le mieux et le plus souvent réussi. Comme nous n'avons personne à convertir ici, pas même M. Foy, en qui le temps a dû quelque peu cristalliser les idées, nous nous bornerons à cette brève protestation contre une profession d'incroyance qui, après tout, n'ébranlera rien. Ce levier du scepticisme, manié par des mains plus puissantes, a été plus d'une fois placé sous les bases de l'édifice de la science médicale, et celle-ci n'en subsiste pas moins, et de grands esprits n'en travaillent pas moins tous les jours à scruter davantage l'insondable et l'insondé de l'honorable pharmacien de l'hôpital Saint-Louis.

Conçu dans un tel esprit, le livre de M. le docteur Foy est-il sans valeur? Nous sommes loin de le penser, et nous nous garderions bien de le dire ; nous sommes même convaincu que, pure collection empirique de médications dont on a suivi plus ou moins l'action réelle au lit des malades, ce livre aura les sympathies d'un certain nombre de médecins que tourmente très-peu le besoin de connaître, et qui ne demandent aux écrivains rien de plus que des formules ou des recettes. A ces hommes-là nous dirons : Lisez cet ouvrage, il répond aussi bien que plusieurs à vos exigences ; mais nous ne pouvons nous empêcher de leur témoigner le regret que nous éprouvons de les voir se contenter de ces résultats bruts de l'observation thérapeutique. Comme l'homme ne vit pas que de pain, l'esprit du médecin ne saurait vivre que de drogues ; pour nous, au moins, c'est ainsi que nous entendons la médecine.

Nous avons dit que l'ordre suivi par notre laborieux confrère, c'est l'ordre alphabétique ; pour donner un spécimen de la manière de M. Foy, nous pourrions analyser quelques articles qu'appelle cet ordre : nous aurions souvent à louer la consciencieuse érudition de l'auteur, comme nous aurions aussi à signaler çà et là quelques lacunes plus ou moins graves ; c'est ainsi, sous ce dernier rapport, que l'article relatif à la paraplégie nous a paru fort incomplet. Nous n'aurions pas le droit d'exiger de notre laborieux confrère, que, dans cette question, il eût tenu compte des belles recherches de M. Brown-Séquard ; et que, puisqu'il fait du diagnostic différentiel, il eût dû s'inspirer de ces recherches, et quant au pronostic, et quant au traitement ; ces recherches sont trop récentes. Mais le savant physiologiste américain a des ancêtres dans cette

direction d'idées, MM. Rayer, Raoul Leroy d'Etioles, etc.; et tenir compte, grand compte de ces travaux dans une question si grave eût été chose fort utile, et surtout très-opportune dans un ouvrage qui ne vise qu'à diriger la pratique dans la voie la plus sûre.

Nous venons de dire que nous aurions désiré que l'auteur du *Mémorial de thérapeutique* eût plus approfondi qu'il ne l'a fait la question du diagnostic dans les formes très-diverses de la paraplégie; c'est que M. le docteur Foy, en effet, fait précéder invariablement les méthodes de traitement applicables à une maladie de la caractéristique de cette maladie. Si le traitement, bien qu'un peu confus et souvent sans critique des méthodes préconisées, a une large place dans l'ouvrage, la symptomatologie laisse, au contraire, assez souvent à désirer. C'est ainsi que nous avons remarqué pas mal de lacunes dans la caractéristique de la tuberculose, des maladies du cœur, des maladies de la peau. Si l'on eût voulu épuiser sur ces questions tous les enseignements qu'on doit à une analyse délicate, profonde, ce n'est pas en deux volumes que notre laborieux confrère eût dû songer à renfermer son travail; en triplant ce nombre, il y serait à peine parvenu. Par contre, l'histoire symptomatologique et la classification des fièvres nous ont paru plus complètes; il serait facile d'y ajouter, sans doute, mais le nécessaire y est; et ce serait de l'injustice que de demander plus à un ouvrage de cette nature.

En somme, nous ne goûtons que médiocrement ces sortes d'ouvrages, où la médecine est tronquée au profit de la paresse de l'esprit, et qui tendent à propager le scepticisme. Cette réserve faite, le livre de M. le docteur Foy n'est certes point sans valeur, et des esprits moins scrupuleux que le nôtre en pourront tirer des enseignements utiles.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Quelques cas témoignant en faveur du valérianate d'ammoniaque dans certaines formes de névralgies rebelles. — Depuis que le *Bulletin de Thérapeutique* a publié les premiers travaux sur l'emploi du valérianate d'ammoniaque dans le traitement des névralgies, si ce médicament n'est pas tombé partout et pour tous dans un oubli complet, si quelques praticiens ont continué à l'expérimenter, toujours est-il que le silence s'est fait et que les résultats obtenus, qu'ils soient positifs ou négatifs, n'ont

pas été communiqués au public médical. Est-ce à dire pour cela que le valérianate d'ammoniaque soit décidément condamné et qu'il n'y ait rien à en attendre? Pour nous, s'il faut dire notre opinion, nous inclinons à penser qu'il y a lieu de continuer ou de reprendre l'étude de cette substance médicamenteuse. L'utilité de la valériane et de certaines préparations ammoniacales, du chlorhydrate notamment (Voy. *Bull. de Thér.*, t. LVI, p. 62), employées à part, dans certaines affections douloureuses des nerfs, telles que la prosopalgie et certaines formes de céphalalgies nerveuses, par exemple, nous porterait à croire que tout n'a pas été dit encore sur la valeur d'un agent qui se compose de facteurs empruntés à l'une et à l'autre de ces substances. Nous croyons donc faire chose utile en rapportant ici de nouveaux faits qui déposent en faveur du médicament en question, dans l'espoir d'inciter à tenter de nouvelles expériences. Dans beaucoup de maladies, nous ne le savons que trop, et particulièrement dans les maladies névropathiques, ce n'est souvent qu'après avoir épuisé une longue série de remèdes qu'on finit par en trouver un qui procure le résultat désiré, et parfois c'est celui sur lequel il semblait au premier abord qu'on dût le moins compter. Il n'est donc pas indifférent pour le médecin d'avoir plus d'un moyen à son service, afin que, si l'un manque son effet, un autre puisse être mis à contribution : *uno avulso, non deficit alter*. Nous savons bien qu'en nous exprimant ainsi, nous sommes en plein dans la voie de l'empirisme ; mais, pour qu'il en fût autrement, il serait nécessaire de connaître d'une part la nature intime des modifications pathologiques, et d'autre part le *modus operandi* des médicaments. Malheureusement, la médecine n'en est pas encore arrivée à ce degré de perfection, et force nous est bien, dans l'état actuel de la science, de nous borner, toutes les fois que nous ne pouvons mieux faire, à comparer entre eux les faits morbides et les effets thérapeutiques, afin d'opposer ceux-ci à ceux-là dans les circonstances analogues.

Les cas que nous désirons faire connaître à nos lecteurs sont empruntés au service d'un médecin distingué des hôpitaux de Londres, le docteur O'Connor, qui, paraît-il, a eu occasion d'en observer un assez grand nombre de semblables. Ainsi que l'indique le titre placé en tête de cet article, ils témoignent de l'efficacité du valérianate d'ammoniaque contre des formes opiniâtres de névralgies très-douloureuses. M. O'Connor fait remarquer que le médicament, s'il est conservé à l'état de cristallisation, se décompose rapidement, et qu'alors son action devient très-incertaine, d'où il suit que c'est

sous forme de solution qu'il convient de le garder pour l'usage. La dose minimum de cette solution administrée par notre confrère anglais est égale à 20 grains du sel cristallisé.

Obs. I. J. R***, homme de quarante-six ans, commissionnaire, se présente à Royal free hospital, le 9 novembre 1861, pour une douleur atroce dans le côté droit de la face, commençant dans le voisinage de l'os malaire, et s'étendant à toute la partie supérieure du nez et à la mâchoire inférieure. Il y a dix ans qu'il est sujet à cette douleur; en général, c'est vers huit heures du soir qu'elle a le plus d'intensité, mais il n'en est jamais complétement exempt; il en a beaucoup plus souffert pendant la dernière semaine, au point qu'il a pu à peine goûter un instant de sommeil. Il a été traité par un grand nombre de médecins, et a demandé des conseils dans diverses institutions médicales, mais sans aucun résultat avantageux. Le docteur O'Connor prescrit au patient de prendre d'abord une dose de poudre de jalap composée, puis la solution de valérianate d'ammoniaque de Bastick, trois drachmes répétées de trois en trois heures dans une infusion de colombo. Huit jours après, le malade revient à l'hôpital et rapporte que dès la seconde dose de ce médicament il s'est trouvé considérablement soulagé, et qu'après la sixième il a cru devoir en cesser l'usage, n'éprouvant plus la moindre douleur.

Obs. II. P. B***, femme mariée, âgée de trente et un ans, ayant eu deux enfants, admise le même jour que le précédent. Depuis nombre d'années, elle est sujette à des attaques de névralgie, qui viennent en général vers cinq heures de l'après-midi et continuent cinq heures durant, avec une intensité considérable. Les douleurs se font sentir d'abord derrière l'oreille droite, puis s'étendent à la nuque et à la partie postérieure de la tête, et fréquemment font explosion avec une grande rapidité le long de l'os malaire, puis de la mâchoire inférieure; et la malade est prise soudainement de douleurs dans la région du cœur. Cette femme est atteinte d'une lésion des valvules aortiques. Parfois les douleurs sont tellement vives, qu'elle ne peut supporter le plus léger courant d'air, et qu'elle en vient à se rouler sur le plancher. Prescription : 3 drachmes de solution de valérianate d'ammoniaque dans une infusion de colombo, à répéter toutes les trois heures.

Le 13 novembre, amélioration sensible; trois accès seulement depuis le 9. A partir du 18, toute douleur a disparu.

Obs. III. R. P***, femme mariée, âgée de quarante-deux ans, ayant eu huit enfants, blanchisseuse, a souffert de névralgie de la cinquième paire du côté gauche depuis près de vingt ans, et a consulté dans plusieurs hôpitaux, mais sans jamais obtenir qu'un soulagement momentané. Dans les paroxysmes les plus violents, la douleur s'étend au côté du cou et à l'épaule, et s'accompagne aussi de surdité. Elle est alors forcée de s'aliter et ne peut prendre de nourriture, le plus léger mouvement causant une angoisse extrême. Depuis dix ans, les accès ont été à la fois et plus douloureux et plus longs. Admise dans le service du docteur O'Connor le 13 novembre, pendant

la durée d'un paroxysme très-intense qui l'avait totalement privée de sommeil la nuit précédente, elle était d'ailleurs dans un état de santé satisfaisant à tous autres égards. Les dents étaient parfaitement saines. Une dose de poudre de jalap composée immédiatement, et ensuite 4 drachmes de solution de valérianate d'ammoniaque dans une infusion de colombo, à prendre de trois en trois heures.

Le 27, la douleur a diminué après un petit nombre de doses; elle a complétement disparu les jours suivants.

Le 8 janvier 1862, cette femme revient à l'hôpital pour une grippe. D'après ce qu'elle rapporte, elle n'a pas eu de récidive de sa douleur depuis le 28 novembre.

Obs. IV. L. C., femme mariée, âgée de quarante-neuf ans, admise le 28 novembre, est sujette depuis près de dix ans à de violentes attaques de névralgie occupant le côté droit de la face, l'œil droit et la langue. Les accès viennent, en général, à huit heures du matin et à quatre heures du soir, et alors, dès qu'elle introduit quelque chose dans sa bouche, les douleurs, dit la malade, deviennent intolérables. Du reste, santé bonne, toutes les dents saines. Prescription : 4 drachmes de solution de valérianate d'ammoniaque dans une infusion de valériane, à prendre toutes les deux heures, et à répéter plus souvent si les douleurs persistent dans leur intensité.

Le 30 novembre, la malade dit que depuis le 27 elle a parfaitement dormi toutes les nuits, que les paroxysmes n'ont eu lieu qu'une fois par jour, et chaque fois avec une atténuation sensible. Continuation du même traitement, mais une dose seulement toutes les six heures.

A partir du 1er décembre, la douleur n'a pas reparu, et la malade, revue le 14, est en très-bon état.

Ces faits, il faut le reconnaître, sont passibles de quelques objections. D'abord, entre autres choses, on peut objecter que la névralgie étant une maladie dans laquelle on observe alternativement des exacerbations et des rémissions plus ou moins longues, rien ne prouve, dans ces cas, que le soulagement, la disparition des douleurs n'ait pas été due à l'une de ces rémissions qui sont un des caractères de la marche de l'affection elle-même, plutôt qu'à l'action du valérianate d'ammoniaque. Mais ce n'est là qu'une fin de non-recevoir, qui a sa valeur sans doute, mais qu'il n'y a pas plus de raison d'opposer au médicament en question qu'à tout autre moyen de traitement; fin de non-recevoir, du reste, qui perdrait beaucoup de son importance, si des faits semblables se multipliaient dans une proportion notable. Une autre objection que l'on pourrait faire encore, c'est que, en admettant que les guérisons aient été en réalité l'effet du valérianate d'ammoniaque, il n'est pas le moins du monde démontré que ces guérisons soient définitives et que des récidives ne doivent pas avoir lieu. Cette remarque est juste également; mais on en peut dire autant de tous les traitements mis en usage journellement contre la névral-

gie, et dont personne ne songe à révoquer en doute l'efficacité. Qui ne sait, en effet, que de toutes les maladies, les affections douloureuses des nerfs sont peut-être les plus sujettes à récidiver après une suspension plus ou moins longue, et qu'il est bien rare de rencontrer des malades qui, après en avoir éprouvé un accès, n'en soient pas atteints de nouveau dans le cours de leur vie, quels qu'aient été d'ailleurs les moyens qui ont servi d'abord à triompher du mal : grands vésicatoires, cautérisations sur le trajet du nerf, morphine par la méthode endermique, injections sous-cutanées, arsenic, etc.

Ainsi, sans conclure absolument des faits de M. O'Connor, d'après le *post hoc, ergo propter hoc* scolastique, mode de raisonner qui trop souvent conduirait à l'erreur et à l'absurde, — sans conclure de ces faits que, dans les cas relatés, la guérison ait été due au valérianate d'ammoniaque, peut-être trouvera-t-on qu'il y a au moins lieu de poser la question et d'inviter à en poursuivre la solution par la voie de l'expérience.

Compte rendu des opérations de lithotritie pratiquées par M. Civiale, en 1861. — Les données de la statistique n'ont de valeur qu'autant que les éléments en sont empruntés à la pratique d'un même auteur : c'est ce qu'a compris M. Civiale ; aussi l'éminent chirurgien, avec un zèle des plus louables, vient-il, chaque année nous donner les résultats de sa pratique civile et hospitalière. Dans le cours de cette année, dit M. Civiale, j'ai traité 66 malades qui étaient affectés de la pierre, 52 pour la première fois, et chez les 14 autres le calcul s'était reproduit à la suite de traitements antérieurs.

61 de ces malades ont été opérés : 51 par la lithotritie; l'opération a réussi dans 49 cas : 10 ont été taillés, 4 sont morts, 6 sont guéris ; 5 n'ont pas été opérés, parce que le calcul était trop gros et les organes avaient trop souffert ; 2 de ces malades sont morts, 3 continuent de vivre.

Ainsi tous ceux qui sont affectés de la pierre ne se présentent pas dans des conditions également favorables au traitement. 31 des plus heureusement placés, chez lesquels une petite pierre formait à elle seule toute la maladie, ont obtenu une guérison prompte et facile.

35 des nouveaux opérés n'ont pas eu cette prudence. Ayant gardé la pierre trop longtemps, il s'était formé dans les organes des états morbides que tous les praticiens connaissent, et qui agissent à des degrés divers sur l'exécution et le résultat de l'opération.

Lorsque la pierre est très-volumineuse, l'espace manque pour exécuter dans la vessie les mouvements nécessaires; la manœuvre devient incertaine, et l'opérateur n'a d'autre guide que ses sensations tactiles.

La lithotritie ne doit être appliquée, dans ces circonstances, qu'avec une grande réserve. Voilà pourquoi j'ai soumis à la cystotomie à peu près le quart des calculeux qui ont réclamé mes soins. C'est, en effet, aujourd'hui la part qui est faite à chaque opération; les trois quarts des malades peuvent être utilement traités par la nouvelle méthode.

10 malades ont été opérés par la taille, les uns par nécessité, tout autre moyen se trouvant contre-indiqué, les autres par préférence.

5 de mes opérés par la cystotomie avaient en même temps de grosses pierres et des tumeurs dans la vessie. Ces dernières sont plus gênantes pour la manœuvre de la lithotritie que pour la taille.

J'ai observé cette année à l'hôpital un cas assez rare et qui offre de l'intérêt, surtout au point de vue de la lithotritie.

Une jeune femme, qui avait été traitée à l'Hôtel-Dieu, fut reçue à l'hôpital Necker, présentant quelques signes ordinaires de la pierre: celle-ci fut, en effet, constatée, et quelques jours après je commençai le traitement.

La première pierre, saisie avec un lithoclaste spécial, était peu volumineuse; j'en fis immédiatement l'extraction. Il suffisait de la voir pour reconnaître que cette femme l'avait introduite par l'urètre dans la cavité vésicale. Je ne tins pas compte de la supercherie, et j'ai retiré de la vessie de cette femme seize cailloux que je mets sous les yeux de l'Académie.

Le faits qui précèdent, réunis à ceux que j'ai recueillis en 1860, font un total de :

120 calculeux : 115 hommes, 5 femmes.

88 ont été opérés par la lithotritie : 3 sont morts, 79 sont guéris, 6 conservent des troubles fonctionnels, qui ne dépendent ni de la pierre ni de l'opération.

17 ont été opérés par la taille : 8 sont guéris, 2 conservent des fistules, 7 sont morts.

15 n'ont pas subi d'opération : 6 sont morts, 9 continuent de vivre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acide carbolique (*De quelques applications de l'*). D'après le docteur F. Crace Calvert, bien que l'acide carbolique soit depuis longtemps connu pour être doué de propriétés antiseptiques puissantes, on ne s'est décidé que tard à l'adapter à des usages médicinaux, tant à cause de la difficulté qu'on éprouve à l'obtenir en quantités considérables et à l'état de pureté, qu'en raison de la prudence qui doit présider à l'introduction de substances nouvelles dans la pratique de la médecine. Cependant, les succès dont a été suivie dans ces derniers temps l'application de cette substance, doit beaucoup contribuer à accroître son importance comme agent thérapeutique. Il a été employé avec des avantages très-remarquables, à l'infirmerie royale de Manchester, par plusieurs des médecins et chirurgiens distingués de cet établissement. Ainsi, le docteur Henry Browne l'a administré en solution aqueuse dans des cas de diarrhée chronique, avec des résultats très-satisfaisants. Le docteur Roberts l'a prescrit avec un grand succès, à la dose d'une goutte, dans des cas de vomissement, alors même que la créosote avait échoué ; le même médecin l'a également trouvé utile dans des cas de vomissement, suite de dyspepsie, affection qui a pour caractère spécial la douleur à la suite du repas. M. Rausome y a eu recours dans les ulcères et autres plaies avec suppuration fétide.

M. Turner, dans une note par lui communiquée à l'auteur de l'article auquel nous empruntons ces renseignements, s'exprime sur l'acide carbolique dans les termes suivants : « Il peut être employé avantageusement en solution, dans la proportion d'une partie d'acide pour sept parties d'eau, dans les ulcères en mauvais état et présentant une odeur fétide. Il modifie l'action des vaisseaux sanguins, amenant une sécrétion purulente au lieu d'une sécrétion sanieuse, et détruisant presque immédiatement l'odeur désagréable. Dans les ulcères fistuleux qui communiquent avec un os affecté de carie ou de nécrose, quand il existe un séquestre, l'acide carbolique en solution, porté par injection dans les trajets fistuleux, procure de bons effets. Lorsqu'il y a simple carie ou ulcération de l'os, il imprime à la maladie une marche plus favorable et hâte les progrès du travail réparateur, et dans la nécrose il favorise l'exfoliation de la portion mortifiée..... Dans les ulcères gangréneux, dans toutes les plaies sanieuses, il fait disparaître toute odeur fétide et toute putrescence, et peut rendre les matières qui s'en écoulent exemptes de nocuité pour les tissus contigus encore vivants et non affectés. Ainsi donc, à l'état de dilution, l'emploi de l'acide carbolique est un grand bienfait pour les malades atteints de ce genre de maladie. »

M. W. Heath, chirurgien de l'infirmerie de Manchester, a eu recours à l'acide carbolique étendu de deux parties d'eau pour lotionner les plaies gangréneuses, et il a trouvé qu'en peu de temps cet agent arrêtait entièrement les progrès de la mortification et que la plaie prenait un bon aspect. Le docteur Whitehead s'est servi avec avantage de la solution d'acide carbolique du docteur Robert Angus Smith. En juillet 1859, M. Velpeau a appelé l'attention de l'Académie des sciences sur la valeur du mélange de coaltar et de sulfate de chaux de MM. Corne et Demeaux pour la guérison des ulcères et autres plaies avec fétidité ; et c'est un fait connu que ce mélange fut employé avec beaucoup d'avantage par les chirurgiens militaires français, après les grandes batailles de Magenta et de Solferino.

Le mois suivant, le docteur Calvert adressa une note à l'Académie française, établissant que, d'après les expériences faites par lui avec les diverses substances existant dans le coaltar, il était extrêmement probable que c'était l'acide carbolique qui, dans le coaltar employé par MM. Corne et Demeaux, constituait l'agent actif, et que ce fait deviendrait beaucoup plus certain s'ils substituaient cet acide dans leur préparation ; car la composition du coaltar varie suivant la nature du charbon et la température employés à sa préparation. Il émettait aussi la pensée que, suivant toute probabilité, les propriétés antiseptiques puissantes de l'acide carbolique prévenaient la décomposition des parties adjacentes et que c'était de cette manière qu'elles agissaient pour imprimer aux plaies une marche

plus favorable et les amener à la guérison, et pour éloigner les causes d'infection.

Le docteur Grace Calvert exposait aussi qu'il avait appliqué cet agent au traitement du fourchet, maladie qui, chaque année, fait périr un grand nombre de moutons, et que, puisqu'il est reconnu que les remèdes employés jusqu'ici dans cette affection, n'ont été qu'incomplétement utiles, il a lieu de penser que le médicament en question, si les résultats de ses expériences viennent plus tard à être confirmés, est appelé à rendre par la suite de grands services aux fermiers de la Grande-Bretagne. (*West India quarterly Magazine*, et *Dublin, med. Press*, février 1862.)

Aménorrhée (*Du cuivre ammoniacal dans le traitement de l'*). L'idée de ce remède a été suggérée à M. Mendini, par la vogue de certaines pilules dites de *Grezzano*, qui, dans tout le pays Véronais, sont populaires au suprême degré contre le retard ou la suppression des règles. Ayant fait analyser quatre de ces pilules, il y reconnut la présence du sulfate de fer du commerce, qui contient du cuivre. C'est d'après ces données qu'a été créée la formule suivante, que l'auteur emploie avec un succès remarquable dans beaucoup de cas d'aménorrhées et de chloroses rebelles à d'autres moyens :

P. Cuivre ammoniacal. 75 centigr.
Electuaire de rhubarbe........... 2 grammes.

Pour faire neuf pilules, dont on prendra une le matin et une le soir. On pourrait, au besoin, si elles sont bien tolérées, en prendre deux autres, quatre en tout, dans la même journée. En cas d'intolérance, ajouter un peu d'opium. (*Gaz. prov. Venete*, février 1862.)

Amygdales *hypertrophiées ; leur extirpation à l'aide du doigt.* Réhabilitant un ancien mode opératoire que le perfectionnement des amygdalotomes avait fait perdre de vue, M. Bernardino emploie de préférence le doigt pour énucléer les tonsilles hypertrophiées. Pour l'amygdale gauche, — comme c'était le cas chez une de ses malades, opérée le 22 avril 1861, — il porte le bout de l'indicateur gauche derrière le sommet de la glande ; puis opérant de haut en bas, avec l'ongle et au moyen de quelques tractions, il la détache de sa loge. L'organe à extraire peut être enlevé ainsi, en son entier, beaucoup plus aisément qu'avec l'amygdalotome ordinaire ; et il n'y a pas à craindre d'hémorrhagie, puisque l'arrachement est le seul mode d'exérèse mis en usage. A l'imitation de l'auteur, M. Borelli a eu recours à ce procédé avec le même succès, le 25 août 1861. Il reste, en général, un petit lambeau de l'amygdale adhérent à la partie inférieure, parce que ce lambeau n'offre plus au doigt assez de prise pour pouvoir être arraché ; mais il ne s'agit que de le saisir avec une pince à laquelle on imprime un léger mouvement de torsion, pour le séparer et l'enlever aisément.

M. Bernardino est d'avis qu'on n'a besoin d'extraire qu'une seule des deux amygdales pour remédier aux accidents que cause leur hypertrophie ; et il exprime cet avis d'une manière assez piquante. Quand deux voisins se disputent, dit-il, faut-il les mettre tous les deux à la porte? Ne suffit-il pas de congédier le plus bruyant et le plus incommode, pour rétablir la paix à l'instant? (*Gaz. prov. sarde*, et *Gaz. méd. de Lyon*, février 1862.)

Arséniate *de caféine et acide tanno-arsénieux comme antipériodiques.* Depuis que l'on a conçu de sérieuses craintes sur la disparition lente mais réelle du quinquina, les recherches sur ses succédanés se multiplient. M. Gastinel, professeur à l'École de médecine du Caire, a présenté à l'Institut égyptien deux nouveaux composés arsénicaux, l'arséniate de caféine et l'acide tanno-arsénique, parfaitement cristallisés et ayant une constitution chimique nettement définie. Il s'agissait d'en apprécier l'action thérapeutique. C'est ce que M. le docteur Schnepf, médecin sanitaire à Alexandrie, s'est chargé de faire. Ayant eu à traiter plusieurs cas de fièvre intermittente, il a mis ces médicaments à l'épreuve. Voici les résultats qu'il en a obtenus.

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui avait eu, quinze ans auparavant, plusieurs accès de fièvre guéris à la suite de quelques prises de sulfate de quinine. Il venait d'avoir deux accès de fièvre, à trois jours d'intervalle, avec un état saburral marqué. M. Schnepf fait prendre un émético-cathartique qui produit des vomissements et des selles ; le lendemain matin, il prend 20 centigrammes d'acide tanno-arsénieux dans vingt cuillerées d'eau, chaque quart d'heure

une cuillerée. C'est le jour de l'accès. Celui-ci manque à peu près complétement; le malade accuse cependant un peu de céphalalgie frontale. La nuit suivante est bonne; reprise de la même dose les deux jours suivants; l'accès manque cette fois complètement. Quelques jours après le malade accuse encore un peu de malaise qui survient chaque soir; il a cependant moins de dégoût pour les aliments et semble bien digérer; reprise de la même dose pendant deux jours. Le malaise disparaît, il ne se montre plus aucun phénomène intermittent; l'appétit revient, la langue revient d'un rose moins vif, et le malade reprend ses forces. Trois des enfants de cet homme ont été pris d'accès de fièvre pernicieuse avec symptômes cérébraux tellement graves, que deux ont succombé la nuit suivante. Le troisième et la mère de ces enfants, qui a été également atteinte le jour d'après, ont été transportés à l'hôpital, où ils ont été traités par le sulfate de quinine; mais elles n'ont guéri qu'après plusieurs rechutes et au bout de six semaines.

Dans un second cas, il s'agissait d'un malade âgé d'environ quarante ans, atteint d'une fièvre intermittente tierce. Le jour de l'apyrexie, il prend 20 centigrammes d'acide tanno-arsénieux. L'accès a manqué le jour suivant et n'est plus revenu depuis. L'usage du composé arsénical a été continué encore deux jours. Le malade, comme le précédent, conserve de l'inappétence pendant quelques jours, puis il rentre dans l'état normal.

Le troisième cas a trait à un homme de cinquante ans, atteint d'une fièvre intermittente quotidienne; il a souffert d'une intoxication paludéenne pendant trois ans. Le premier accès le surprend subitement avec frisson, céphalalgie violente, chaleur ensuite et sueurs, avec une très-grande prostration. Le lendemain, M. Schnepf lui administre un vomitif; l'accès revient le soir même, avec moins de violence cependant. Dès la rémission, le troisième jour, on lui fait prendre 20 centigrammes d'acide tanno-arsénieux. L'accès manque, cependant la céphalalgie persiste, et le malade accuse quelques douleurs vagues dans le ventre. Nouvelle prise de 20 centigrammes d'acide tanno-arsénieux. L'accès ne revient plus; la céphalalgie cesse, mais il reste un dégoût prolongé pour les aliments, une sensation douloureuse à l'épigastre; la langue est rose et comme dépouillée de son épithélium. Cet état se prolonge quelques jours, mais peu à peu l'appétit revient, et depuis ce moment cet homme se porte bien. (*Gaz. des Hôpit.*, janvier 1862.)

Croup *ayant débuté par le larynx chez un enfant de trois ans et demi; guérison par la trachéotomie, sans accidents consécutifs.* On se rappelle les discussions animées auxquelles a donné lieu la trachéotomie dans ces derniers temps. On en a exagéré les dangers, comme on en avait exagéré, d'autre part, l'innocuité. C'est l'à-propos surtout qu'il faut savoir saisir pour en retirer tous les avantages qu'elle est susceptible de donner. Voici un exemple apporté par M. le docteur Ledru, professeur à l'École préparatoire de Clermont-Ferrand, où, grâce à la manière heureuse dont l'indication a été saisie et à la parfaite opportunité du moment où l'opération a été faite, les résultats en ont été des plus satisfaisants.

Un enfant de trois ans et demi, d'une constitution très-forte, d'un tempérament sanguin, est atteint, le 3 mai, de toux et d'enrouement. Il a une fièvre modérée, le facies bon; l'appétit est conservé; toux assez fréquente et manifestement laryngée; voix enrouée; les amygdales et le voile du palais sont sains. L'auscultation n'indique qu'un peu de rudesse générale dans le bruit respiratoire, paraissant n'être qu'un retentissement de ce qui se passe dans le larynx. (Sirop d'ipécacuanha avec 5 centigrammes d'émétique. Pédiluve sinapisé).

Le lendemain, 4, on prescrit le calomel (15 centigrammes en 20 paquets, à prendre toutes les heures; vomitif matin et soir.)

Le 5, la toux est plus fréquente, plus sèche, la voix plus enrouée, l'inspiration un peu sifflante, la fièvre plus forte (2 sangsues sur le sommet du sternum, calomel, vomitif, trois fois dans la journée.) — Le soir, après un calme de quelques heures, la respiration devient plus pénible. (Frictions sur le cou avec l'onguent mercuriel belladoné.)

Le 6, nuit agitée; dyspnée augmentée, voix très-affaiblie. (Frictions mercurielles toutes les deux heures, vomitif trois fois.)

Le 7, la voix est tout à fait éteinte; la toux a pris tous les caractères du croup confirmé: sifflement laryngé aigu, dyspnée plus prononcée, facies anxieux, lèvres pâles, yeux cernés. (Lotions toutes les trois heures avec l'eau bromoiodurée de Zimmermam affaiblie.)

Le 8, accroissement de tous les symptômes, commencement de cyanose ; quelques petites plaques de diphthérite se montrent sur les amygdales. A la suite d'une consultation, l'opération de la trachéotomie est jugée urgente et pratiquée à deux heures. Au moment où la trachée est ouverte, plusieurs fausses membranes épaisses sont violemment expulsées. Dès que la canule est placée, il survient plusieurs accès de toux qui chassent au dehors quelques fausses membranes et un peu de sang, puis la respiration s'établit librement, et le calme se fait.

Un accès de suffocation a lieu à quatre heures ; la canule intérieure est enlevée, elle est pleine de fausses membranes.

A 5 heures, facies calme, pouls à 100, respiration libre par la canule. Le petit malade avale avec quelque difficulté une cuillerée de soupe.

Le 9, nuit bonne ; quelques heures de sommeil. La canule, nettoyée plusieurs fois, renfermait une grande quantité de fausses membranes ramollies. Peau fraîche, pouls à 95. Le malade avale deux cuillerées de vermicelle et boit de l'eau rougie. — Dans la soirée, la peau est devenue un peu plus chaude, le pouls est à 110. On remplace l'eau rougie par de l'eau bicarbonatée ; température un peu élevée dans l'appartement où l'on entretient l'air humide par de l'eau chaude.

Le 10, le pouls est redescendu à 95 ; physionomie bonne ; toux assez fréquente ; l'auscultation ne révèle que quelques ronchus. La rougeur des amygdales et du voile du palais persiste, mais il n'y a plus de fausses membranes. La plaie est rosée.

Le 11, une petite plaque grise s'est manifestée à l'angle inférieur de la plaie, elle est touchée avec le perchlorure de fer. Les matières qui sortent par la canule sont plus ramollies, toujours un peu teintes en rouge.

Le 12, la canule se remplit beaucoup moins, et les matières qui en sortent sont presque liquides. La plaie a repris son aspect rosé. Le fond de la gorge est moins rouge ; il n'y a plus de fièvre. Le petit malade mange du pain et de la viande.

Le 16, la canule n'est plus nettoyée que trois fois en vingt-quatre heures.

Le 21, la canule est remplacée par une autre dont la lumière n'a que 5 millimètres de diamètre. L'air passe en partie par le larynx, et l'enfant fait entendre quelques cris et articule quelques mots.

Le 26, la canule est enlevée. Il ne survient pas de suffocation ; le petit malade parle immédiatement d'une manière très-distincte, mais sa voix est un peu nasonnée. Il mange et boit très-facilement.

Le 27, la plaie est complétement refermée.

Le 10 juin, toutes les fonctions du larynx et du voile du palais sont rétablies d'une manière complète.

Cette observation offre un exemple très-net de croup ayant débuté par le larynx, sous forme d'abord d'une laryngite simple qui, plus tard, a pris tous les caractères de la diphthérite et s'est étendue en bas à la trachée, en haut aux amygdales. Malgré le traitement énergique qui a été suivi, la diphthérite n'en a pas moins continué sa marche croissante d'une manière assez rapide. Les progrès de l'affection se sont très-rapidement arrêtés à la suite de l'opération. Aucun accident n'est venu compliquer les suites de l'opération.

Ces résultats heureux doivent, sans aucun doute, être attribués à ce que l'opération a été faite alors que l'enfant n'était pas encore trop affaibli et que la cyanose était encore peu avancée. (*Gaz. hebdomad.*, février 1862.)

Diphthérite laryngienne (*Traitement de la*). Dans un rapport sur le traitement de la diphthérite laryngienne, qui a tant et si légitimement préoccupé l'attention des praticiens dans ces dernières années, M. le professeur Theotonio da Silva résume en ces termes les indications principales et les moyens qu'il juge les plus propres à les remplir :

Condamnation des émissions sanguines, des purgatifs, des vésicatoires. — Admission des vomitifs ; ipécacuanha de préférence au tartre stibié. — Quelques cas de guérison par le tartre stibié à haute dose. — Mention seulement du sulfate de cuivre, des préparations mercurielles, des alcalins, de l'alun et de la solution bromo-bromurée. — Mention approbative pour les chlorates de potasse et de soude. — Admission de la trachéotomie dans les deuxième et troisième périodes. — Remarque que l'anesthésie, dans la période extrême du croup, que le docteur Bouchut avait cru être le premier à découvrir en 1858, avait été déjà observée par les médecins portugais dès 1851, comme le constatent deux observations de croup insérées dans le Journal de la Société des sciences

médicales de Lisbonne, en janvier 1852 (*J. de la société des sc. méd. de Lisbonne* et *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1862).

Fractures *de la base du crâne ; nouveau signe rationnel.* Lo nouveau signe, ou mieux le siége nouveau d'un signe classique de ces fractures que M. le docteur Dolbeau est venu signaler à la Société de chirurgie, est l'ecchymose du tissu cellulaire rétro-pharyngien. — La première observation sur laquelle l'auteur s'appuie a été recueillie à Bicêtre dans le service de M. Despretz. Elle est relative à un malade chez lequel on trouva à l'autopsie une fracture du frontal se prolongeant à travers le sinus sphénoïdal do la selle turcique jusqu'à l'apophyse basilaire ; du sang était infiltré dans le tissu rétro-pharyngien. On se rappela alors que, de son vivant, le malade s'était plaint d'une douleur à la gorge et d'une certaine gêne de la déglutition. — La seconde observation a été faite dans le service de M. Velpeau, en 1855. Le malade avait fait une chute d'un lieu élevé sur l'occiput, il avait perdu connaissance et une bosse sanguine s'était formée à l'occipital. M. Dolbeau pense que la douleur que cet homme éprouva quelques heures après l'accident, en avalant sa salive, et que l'ecchymose qui se montra dans le pharynx indiquent une fracture de la base du crâne ; mais il ne peut considérer que comme un fait d'une grande probabilité l'existence de cette fracture, attendu que le malade a guéri. — La troisième observation est plus concluante que la précédente, bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, car le malade qui en est le sujet avait présenté une ecchymose sous-conjonctivale et un emphysème traumatique du front, avant qu'on eût constaté chez lui l'ecchymose pharyngienne ; celle-ci ne se montra que quarante-huit heures après l'accident. La guérison eut lieu au bout de six semaines. (*Compte rendu de la Société de chirurgie*, février 1862.)

Hémostatique *de trousse.* Avoir constamment sous la main un hémostatique d'une application sûre et facile, qu'on puisse laisser entre les mains des familles, dans le cas où le médecin ne peut surveiller lui-même les effets d'une application de sangsues chez les jeunes enfants, par exemple, chez qui les hémorrhagies par les piqûres sont si souvent à craindre, tel est le but que s'est proposé M. le docteur Antonin Martin, médecin militaire, en mettant à la disposition des praticiens le moyen suivant, qu'il a souvent employé lui-même avec succès.

Des morceaux d'amadou bien choisis, bien tomenteux et préalablement séchés avec soin, sont imprégnés d'une solution de perchlorure de fer plus ou moins concentrée (ordinairement d'une densité de 1,250). On peut remplacer le perchlorure par l'hémostatique de Monsel. Après un quart d'heure d'imbibition, on laisse égoutter, sécher au soleil; chaque morceau bien sec est frotté entre les mains, de manière à lui rendre sa souplesse et sa porosité. Il ne reste plus qu'à garnir le porte-feuille de la trousse. Autant de sangsues l'on prescrira, autant il faudra laisser aux parents de doubles morceaux d'agaric hémostatique. Chaque morceau sera lui-même plié en deux, appliqué par sa surface sur la morsure (le sang ayant été préalablement essuyé); on comprimera dix ou quinze minutes avec le doigt, on maintiendra l'agaric par deux ou trois bandelettes de taffetas gommé ou de diachylon ; une compresse et une bande, ou un bandage de corps, assureront la solidité du pansement. (*Monit. des sciences*, janvier 1862.)

Ténia (*Deux cas de*) *expulsé par la décoction d'écorce de racines de grenadier administrée sans aucune préparation des malades.* — En général, lorsqu'on se propose de soumettre une personne affectée du ténia à l'une des médications spécifiques, on commence par lui faire suivre un régime préparatoire, puis, l'agent anthelmintique administré, on seconde son efficacité par une ou deux purgations ultérieures. Suivant M. le docteur Collin, ces précautions sont inutiles, et il cite deux observations de militaires atteints de ténia et auxquels on avait administré déjà inutilement une décoction d'écorce de grenadier et qui n'en ont pas moins été débarrassés par le même médicament administré suivant la formule de Bourgeois :

Pr. Eau .... 750 grammes.
Ecorce ..... 64 grammes.

Laissez macérer douze heures ; puis réduire, par décoction, à 500 grammes à prendre à jeun, en trois fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Dans chacun des cas, l'expulsion de l'helminthe a été complète en trois heures après l'administration du médicament, la tête du ver comprise. Le

soir même ils reprenaient leur régime habituel, et le lendemain on signait leur *exeat* après trois jours d'hôpital. M. Collin fait remarquer que si, s'en rapportant au premier essai infructueux du médicament, il avait eu recours à un des nouveaux ténifuges, la racine de grenadier eût été deux fois de plus proclamée inférieure aux autres agents. Ce qui nous intéresse surtout dans la communication de M. Collin, est l'absence d'accidents gastriques. Si la racine d'écorce de grenadier est moins souvent prescrite que certains autres ténifuges, cela tient aux vomissements que provoque souvent son emploi; les malades de M. Collin étaient des militaires, hommes jeunes, et dont la susceptibilité gastrique ne s'émeut pas pour peu de chose. Aussi on n'est pas autorisé à inférer des effets de cette médication chez ces militaires à son innocuité chez les autres malades. (*Répertoire de méd. militaire*, février 1862.)

Vin ferré *contre la phthisie*. Les observations suivantes ont été faites sur 25 malades de l'hôpital de Brompton, dont 10 hommes et 15 femmes, sans autre exclusion que ceux chez lesquels la maladie était trop avancée pour laisser aucun espoir. 6 étaient au premier degré, 6 au deuxième, et 13 au troisième. 10 avaient moins de 20 ans, et les autres de 30 à 40. M. le docteur Cotton, l'auteur de cette expérimentation, a choisi le vin ferré comme la plus simple manière d'administrer le fer. La dose a varié de 8 à 30 grammes progressivement par jour, en en continuant l'usage de un à trois mois. Dans 2 ou 3 cas (chez des femmes), il en résulta une légère céphalalgie, qui disparut dès qu'on eut cessé l'usage du médicament. L'appétit était ordinairement bon durant le traitement, et il ne survenait ni hémoptysie, ni aucun autre symptôme fâcheux.

De ces 25 malades, 13 s'améliorèrent notablement, 5 légèrement, et 9 n'en retirèrent aucun effet. 3 de ces derniers moururent à l'hôpital. L'huile de foie de morue fut administrée irrégulièrement dans 13 de ces cas, conjointement avec le fer, 14 malades augmentèrent de poids, quelques-uns très-notablement (sur ce nombre, il y en avait 9 de ceux qui avaient pris l'huile de foie de morue); 8 en perdirent, et 3 restèrent sans changement. L'un des premiers était au second degré de la maladie.

Des 13 malades notablement améliorés, dont 7 avaient moins de 20 ans, plusieurs quittèrent l'hôpital en bonne santé apparente, avec disparition des symptômes actifs; 4 surtout furent capables de reprendre leurs travaux, malgré l'existence positive des cavernes.

M. le docteur Cotton se croit fondé à conclure de ses expériences :

1° Que le vin ferré est un auxiliaire très-utile dans le traitement d'un nombre considérable de phthisiques;

2° Qu'il est presque toujours bien supporté, et tend à augmenter l'appétit et à améliorer la digestion;

3° Qu'il est spécialement efficace et indiqué chez les enfants et les jeunes gens. (*Med. Times* et *Union méd.*, février 1862.)

VARIÉTÉS.

Appareils destinés aux amputés qui ont subi la désarticulation de la cuisse [1].

Nous avons dit que c'était à la chirurgie militaire, à Larrey spécialement, que l'on devait l'introduction de cette mutilation hardie parmi les opérations réglées. Sur les cinq opérations que l'éminent chirurgien a pratiquées sur les champs de bataille, deux ont été couronnées d'un succès complet... « Les circonstances où se sont trouvés les mutilés dans la terrible campagne de Russie, nous ravirent, dit-il, le bonheur de les conduire nous-même à l'Hôtel des Invalides. Mais nous avons trouvé dans cet asile des braves un troisième

[1] Voir la précédente livraison, p. 186.

sujet qui, en raison de la bonne saison et d'autres circonstances plus favorables aux suites de la même opération, n'a rencontré aucun obstacle pour sa conservation après la guérison.

Obs. II. *Désarticulation de la cuisse. — Usage de la sellette pendant plus de vingt années.*—« Un soldat, nommé Dugel (François), natif de Poitiers, alors âgé de vingt-cinq ans, fut du nombre des victimes de la désastreuse bataille de Waterloo, qui restèrent sur le terrain sans secours, plus de quarante-huit heures. Pendant tout ce temps, cet infortuné n'eut pour toute ressource que quelques fragments de biscuit qu'il trouva dans son sac, l'eau de pluie qu'il recueillit dans son schako, quelques poignées de paille de seigle avec les épis placés sous son dos, et son propre linge pour pansement d'une plaie énorme d'artillerie, qui avait occasionné le fracas du fémur jusqu'à l'articulation ilio-fémorale, et la destruction d'une grande partie des chairs de la partie supérieure et externe de la cuisse droite, que le blessé avait enveloppée avec tous les morceaux de toile qu'il possédait. Il fut d'abord transporté aux ambulances de Bruxelles, dirigées par les médecins anglais. L'état de faiblesse extrême où était ce soldat, et l'aspect effrayant de la blessure, déjà couverte d'escarres gangréneuses, la firent juger comme prochainement mortelle, et l'on se contenta, pendant les dix ou douze premiers jours, de pansements simples. Cependant le malade put prendre quelques aliments légers et un peu de bon vin, qui favorisèrent le retour des forces et la détersion de la plaie; il réclamait sans cesse l'amputation de la cuisse, et, à l'exemple de la plupart de nos compatriotes, il invoquait mon secours. J'avais été moi-même grièvement blessé à cette funeste bataille et fait prisonnier de guerre. Passé les huit premiers jours, quoique très-faible encore, j'eus le courage de parcourir les hôpitaux de Louvain et de Bruxelles. Je portais spécialement mon attention sur les blessés les plus graves pour lesquels j'avais donné mon avis et mes conseils, à l'effet de pratiquer les opérations qui me paraissaient indispensables.

« Duget fut un de ceux que je signalai à l'intérêt des chirurgiens anglais, comme étant dans le cas d'être amputé à l'articulation ilio-fémorale, et comme me paraissait offrir, malgré l'état de prostration où il était, toutes les conditions nécessaires au succès de l'opération. J'engageai en même temps le blessé à mettre toute sa confiance dans le chirurgien en chef de l'armée anglaise, Guthrie, que je ne pus joindre au moment de ses visites. Appelé près de cet intéressant blessé, qui le suppliait en mon nom de le soulager, cet habile chirurgien reconnut, en effet, la possibilité et l'urgente nécessité de l'opération que nous avons désignée, et qu'il pratiqua le même jour (c'était le quinzième depuis l'accident) d'après notre procédé : elle fut très-heureusement terminée. Sans doute que les premiers jours furent très-orageux ; cependant les accidents se calmèrent graduellement, le malade alla de mieux en mieux, et, après plusieurs mois de soins assidus, la plaie du moignon fut parfaitement cicatrisée. Ce militaire fut depuis transporté à Londres, d'où il fut renvoyé ensuite à l'Hôtel des Invalides, à Paris, où il jouit encore d'une parfaite santé (1836). Il marche à l'aide d'un cuissard fait exprès et fort ingénieux, désigné sous le nom de *sellette*, laquelle devrait être dessinée, comme le sujet lui-même, pour donner une juste idée du procédé opératoire et de ses résultats. » *Clinique chirurg*, t. V, p. 247.

Nous avons cru devoir reproduire cette observation pour deux motifs : le premier est l'intérêt de ce document pour la question chirurgicale, le second pour son importance au point de vue de la prothèse; en effet, Duget a fait usage pendant de longues années de la sellette, le plus simple des appareils dont puissent faire usage les mutilés et dont nous avons publié le dessin dans notre dernier numéro.

M. Fouilloy, chirurgien en chef de la marine, auquel un cas de désarticulation de la cuisse, pratiqué avec succès, est venu fournir l'occasion de s'occuper du problème mécanique, l'a fait avec un grand bonheur, car c'est son modèle, plus ou moins modifié, qui est encore le plus souvent employé.

Le mémoire de cet éminent chirurgien a été adressé à l'Académie des sciences, en 1845, et la commission des prix de médecine et de chirurgie lui a accordé

une mention honorable. Il n'a jamais été imprimé ; mais Vidal, dans son *Traité de pathologie externe*, a donné le procédé opératoire, qui fournit le résultat définitif le plus satisfaisant ; Ferd. Martin, dans son *Essai sur les appareils prothetiques des membres inférieurs*, nous a conservé la partie du mémoire qui a trait à la prothèse ; enfin l'observation du malade que nous adresse un des anciens élèves de Fouilloy, M. le docteur J. Rochard, chirurgien en chef de la marine, vient combler la dernière lacune qui restait. De sorte que, désormais, on pourra parler en connaissance de cet important travail, qu'on trouve cité dans tous les mémoires où l'on aborde l'étude de la question de la désarticulation de la cuisse, mais sans l'avoir lu.

Avant de publier cette observation, nous rapportons ce que dit Fouilloy de la question prothétique :

« La station assise entrait pour nous dans les vues de la Providence ; on ne peut arrêter la pensée sur le système d'organisation de la partie inférieure du tronc, sans en demeurer convaincu. La position et le volume de la tubérosité ischiatique, l'épaisseur et l'élasticité du tissu cellulaire qui la recouvre, la densité plus grande de la peau rendent cette région très-propre à supporter le poids du corps. Elle l'est également à la transmettre, observation sur laquelle se règle la prothèse et a dû se régler le procédé opératoire. Néanmoins, quelque heureusement disposée que paraisse la tubérosité de l'ischion, elle forme, en cas de suppression d'un membre inférieur, une base de sustentation trop étroite, soit pour la station, soit pour la marche ; elle n'est pas assez proéminente pour qu'on puisse y attacher le membre artificiel ; elle est immobile et par conséquent incapable d'imprimer elle-même le mouvement : aucun intermédiaire naturel n'amortit efficacement les chocs que produit la répercussion du sol. Avant d'avoir remédié à ces divers inconvénients, on se flatterait en vain d'une réussite complète.

« Dans l'état ordinaire, les extrémités abdominales servent de contre-poids à la partie supérieure du torse et élargissent son assiette. Une d'elles désarticulée, le corps cesse d'être balancé et ne pose que sur une saillie osseuse, large à la vérité, mais convexe, et ne touchant le plan de sustentation que par un seul point ; une simple quille ajustée à cette saillie laisserait le sujet dans une vacillation perpétuelle. La nature a bien pu faire passer le poids du corps par une ligne étroite et centrale, parce qu'elle a distribué autour d'elle des agents contractiles qui maintiennent l'équilibre ; mais nous sommes privés de ces admirables ressorts, et pour suppléer, dans son mécanisme, le membre naturel, il faut que les moyens de prothèse embrassent tout l'espace qu'ils occupaient. Or, l'espace dont il s'agit ne se réduit pas à la circonférence cylindrique de la cuisse ; il comprend la surface du bassin à laquelle sont insérés les muscles qui, pendant la station et la locomotion, assurent un rapport normal entre l'os des iles et le fémur. Selon cette vue, nous avons élargi et rendu ovalaire la cuvette qui reçoit la région ischiatique ; nous lui avons donné 18 centimètres 1/2 d'avant en arrière et 16 1/2 de dedans en dehors. De sa partie externe, s'élève un rempart moulé sur les régions iliaque et fessière, en sorte que les neuf dixièmes de la moitié correspondante du bassin s'emboîtent exactement dans sa courbe. Les tiges métalliques destinées au prolongement du membre se fixent aux extrémités du diamètre transversal de la cuvette ; elles descendent en se rapprochant et communiquent à l'ensemble des pièces l'apparence d'un cône renversé, ce qui est aussi la forme du membre naturel, abstraction faite du pied.

« La pièce principale qui s'adapte au bassin est fortement assujettie par cinq courroies : les deux premières, B, font l'office de ceinture en passant au-dessous de la crête iliaque ; deux autres concourent au même but, mais sont placées plus haut, vers le thorax ; la cinquième descend de l'aisselle pour se boucler à



la partie moyenne du bord supérieur du rempart C. Nous n'avons point hésité à sacrifier la légèreté à la solidité ; la charpente de l'appareil est en acier, et nous l'avons rendue assez forte pour résister longtemps aux secousses violentes qui se renouvellent incessamment pendant la marche. Cependant le poids total n'excède pas 3k,335, qui ne représentent pas tout à fait la moitié du poids du membre naturel. La jambe mécanique de Martin pèse 2k,625 ; la différence n'est donc que de 710 grammes.

« Où trouver le principe du mouvement ? On tenterait en vain de l'emprunter à l'os innominé, qui est lui-même immobile. Nous l'avons cherché dans les articulations des vertèbres à la région dorso-lombaire et dans les muscles

puissants qui vont de la poitrine au bassin. Il nous a dès lors fallu lier notre appareil au thorax, et surtout aux épaules, au moyen d'un corset doublé.

« Le résultat a été au delà de nos espérances. Par des contractions musculaires étrangement combinées, et à la faveur d'une sorte de mouvement ondulatoire du tronc, notre opéré projetait le membre artificiel et transportait le poids du corps avec autant d'aisance que de rapidité. Aucun appui ne lui était nécessaire sur un plan uni ; à l'aide d'une canne il achevait, sans se reposer, un trajet de deux milles sur le terrain montueux des environs de Brest. Son pas mesuré entre deux empreintes du pilon était de 1 mètre 3 décimètres, quoique la taille du sujet ne fût que de 1m,50. Comme l'armée navale ne possède pas d'hôtel des Invalides, nous avons, au deuxième arrondissement maritime, beaucoup d'hommes privés d'un membre inférieur ; Robin le disputait aux amputés de la jambe et l'emportait sur les amputés de la cuisse pour la vitesse, la précision et la fermeté de la marche.

« J'ai attribué l'activité et l'énergie de la progression sur le pavé de la ville aux précautions que nous avons prises pour amortir les ébranlements occasionnés par la rencontre du sol. Quand le pilon frappe la terre, le mouvement de répercussion ne monte point directement par une quille unique vers l'axe de l'ischion ; il se divise et se propage le long des tiges métalliques, où il est affaibli par le contact de deux feuilles de cuir épais. Parvenu au haut de la cuisse, il est décomposé par un angle droit, mécanisme analogue à celui de l'organisation naturelle : une partie se disperse sur le rempart ; l'autre est transmise à la cuvette, qui, par sa structure, absorbe les dernières vibrations.

« Deux articulations, ménagées au genou et au niveau de la cavité cotyloïde, permettent au malade de s'asseoir, de replier le membre, et de garder commodément l'attitude du repos.

« Je crois pouvoir compléter la conclusion des considérations qui précèdent en disant que, si l'extirpation de la cuisse n'est pas, sous le rapport de la perte du sang, de la douleur et des phénomènes inflammatoires, plus dangereuse que l'amputation dans la continuité du fémur, elle ne laisse pas non plus, après elle, une mutilation dont les effets soient plus difficiles à corriger. »

Voici maintenant l'observation du malade sur lequel l'habile chirurgien de la marine a pratiqué cette opération.

Obs. III. *Désarticulation de la cuisse pratiquée avec succès par M. Fouilloy, le 7 juin 1841 à l'hôpital maritime de Brest.* — Robin Yves, journalier au magasin général, âgé de vingt-trois ans, entré à l'hôpital maritime le 20 mai 1841, pour y être traité d'un ostéosarcôme du fémur gauche. La tuméfaction de la cuisse est considérable et remonte jusqu'à la racine du membre, mais l'altération de l'os paraît bornée à son tiers inférieur. Le diagnostic posé, l'extirpation de la cuisse est la seule ressource qui reste au malade, et M. Fouilloy la pratique le 7 juin 1841, à neuf heures du matin, en présence de tous les chirurgiens de la marine présents au port et des étudiants de l'Ecole.

Il commence par lier la fémorale à son origine. Cette première opération, entravée par la présence de ganglions volumineux et très-adhérents, situés au pli de l'aine, est cependant terminée en quelques minutes ; le vaisseau est entouré d'un fil simple et la plaie réunie à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Après un repos de quelques instants, le malade est couché sur le côté gauche, et maintenu par des aides. L'un d'entre eux s'empare du membre qui doit être enlevé et s'apprête à suivre les mouvements de l'opérateur et à faciliter ses manœuvres. Celui-ci, placé au côté postérieur du malade et armé d'un fort bistouri, pratique une première incision, qui commence à 50 millimètres au-dessus du grand trochanter, descend sur le milieu de cette apophyse et parallèlement à l'axe du fémur, jusqu'au niveau du pli de la fesse, puis s'incline en bas et en arrière, en décrivant une courbure dont tous les points sont écartés de quatre

travers de doigt de la tubérosité sciatique. Elle ne comprend que la peau et l'aponévrose. Le tendon du grand fessier est coupé à quelques millimètres de son insertion. L'aide abaisse le membre, et le bistouri, dirigé de bas en haut, puis d'avant en arrière, glisse le long du grand trochanter et détache complétement le moyen fémur. Un mouvement de rotation du pied en dedans permet alors de trancher d'un seul coup le pyramidal, les deux jumeaux et l'obturateur interne, le carré de la cuisse et les 2/5 de la capsule articulaire. Deux éponges sont appliquées sur l'orifice des vaisseaux fémurs et ischiatiques qui viennent d'être divisés. L'aide relève la cuisse et lui imprime un mouvement de rotation en dehors.

L'opérateur passe alors au côté antérieur du malade, et entame le bord correspondant de la plaie sous un angle aigu, un peu au-dessous du grand trochanter. Le bistouri, traçant alors au côté antérieur du membre une ligne symétriquement semblable à celle du côté opposé, vient s'arrêter au même point et divise la peau, l'aponévrose, toute l'épaisseur du droit antérieur et du couturier. La couche commune à ces deux membres et au fascia lata est alors séparée par la dissection de la portion du petit fémur qui recouvre le ligament orbiculaire; ce muscle est coupé d'un seul trait avec les 2/5 de la capsule.

Le couteau remplace le bistouri et coupe perpendiculairement le biceps, le demi-tendineux et le demi-membraneux, puis sun tranchant est dirigé en haut et divise les adducteurs jusqu'au fémur, qu'il atteint à 25 millimètres environ au-dessous du petit trochanter.

La cuisse est ramenée dans la position horizontale, l'opérateur, saisissant de la main gauche l'éminence trochantérienne, introduit dans l'articulation le manche d'un scalpel; la tête du fémur est retirée sans effort, le ligament interarticulaire est coupé au niveau de son insertion fémorale, et le membre est séparé du tronc. L'opération a duré trois minutes. Les ligatures sont appliquées sur les vaisseaux ischiatiques et fessiers divisés. La plaie nette et régulière est réunie parallèlement au grand diamètre de l'os coxal, à l'aide de bandelettes agglutinatives. Une couche très-mince de charpie fine, un plumasseau enduit de cérat, une compresse et une bande de flanelle complètent le pansement.

Les suites de l'opération furent on ne peut plus régulières. Le malade put se promener dans la cour de l'hôpital avec des béquilles, le 25 juin, dix-huitième jour de l'opération. Le 18 juillet, la cicatrisation était complète, et le blessé commence l'usage de l'appareil prothétique décrit plus haut, et le porte toute la journée.

Jusqu'au mois de juillet 1842, Robin a joui d'une bonne santé, et ne s'est plaint d'aucune douleur dans le moignon, d'aucune gêne dans la marche. A cette époque, il éprouvait déjà depuis quelque temps de l'oppression et des douleurs dans la poitrine. Ces troubles s'accroissant rapidement, il entre à l'hôpital maritime le 21 juillet 1842, et meurt d'asphyxie lente, le 18 août suivant, à neuf heures du matin.

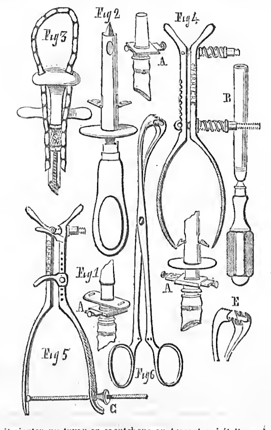
A l'autopsie, on trouva la cavité thoracique envahie par d'énormes masses cancéreuses. Le médiastin antérieur en est farci. Le poumon droit refoulé par deux tumeurs arrondies, pesant ensemble 3,250 grammes, est devenu méconnaissable. Le gauche en offre quatre autres, situées dans l'épaisseur de ces lobes et qui, réunies aux précédentes, forment un poids total de 4 kilogrammes.

Le moignon n'a subi aucune altération. La cicatrice est solide, épaisse, résistante, adhérente à une toile fibreuse qui recouvre la cavité cotyloïde dont le fond est parsemé de productions osseuses arrondies, irrégulières, et comblé par du tissu cellulaire. L'artère crurale est perméable jusqu'à la cicatrice. Le sang lui est apporté par une collatérale énorme venue de l'épigastrique. Le nerf crural et le nerf sciatique se terminent par un renflement arrondi induré. (Le moignon, les masses cancéreuses de la poitrine sont déposés dans le musée d'anatomie pathologique de l'Ecole de médecine navale à Brest, en même temps que le fémur, qui offre un bel exemple de cette variété de cancer des os appartenant à la quatrième forme de M. Nélaton. — La maladie ne dépasse pas le tiers inférieur du fémur.) (*Extrait de l'observation recueillie par M. le docteur J. Rochard.*)

(*La fin au prochain numéro.*)

Nouveaux instruments pour l'opération de l'ovariotomie.
(Modèles Charrière.)

M. Jules Charrière vient d'adresser à l'Académie la note suivante :
« M. Nélaton nous ayant chargé de fabriquer les premiers instruments d'après l'idée de ceux employés en Angleterre pour l'ovariotomie, ce chirurgien



nous a fait ajouter un tuyau en caoutchouc au trocart qui était courbe.
Immédiatement après l'opération pratiquée à Saint-Germain, MM. Nélaton et Demarquay nous ont indiqué : 1° de faire le trocart plus long, plus gros et droit, muni d'un robinet et d'un point d'arrêt à la base de la canule ; 2° d'ajouter une denture aux mors de la pince destinée à maintenir le pédicule, ainsi que le moyen de régler à volonté l'étendue de la prise des mors ; 3° de multiplier la denture des pinces pour saisir le kyste.
Les trocarts que nous avons fabriqués le lendemain de l'opération sont : l'un à collet, à la base de la canule (fig. 1) ; l'autre est muni de deux ailerons (fig. 2) ; ces derniers se développent en retirant la tige.
Depuis, nous avons mobilisé la plaque, d'après l'avis de M. Maisonneuve.
Le robinet AAA est à coulisse, tel que notre modèle de trocart à empyème, qui est d'une grande légèreté ; au besoin, une grosse serre-fine ou une pince à point d'arrêt appliquée sur le tuyau pourrait peut-être suffire.

Nous avons proposé à M. Nélaton plusieurs genres de constricteurs ci-après :

Fig. 3. — Constricteur avec une corde ou une chaîne très-épaisse, pressant par l'action d'un treuil ou de la vis.

Fig. 4. — Pince à pression parallèle et continue disposée pour limiter l'étendue des mors. On serre les deux vis latérales sur leur ressort en spirale avec la clef B.

Fig. 5. — Pince à pression parallèle. L'étendue des mors est produite au moyen du curseur, qui l'arrête à tous les degrés ; la pression continue s'opère par l'élasticité des branches sur lesquelles l'écrou C agit progressivement.

Dans une précédente note, nous avons figuré une pince avec des mors, à coulisse et à pression continue, comme la précédente.

Une pince à pression parallèle et continue ; l'étendue des mors se modifie à la volonté du chirurgien ; la pression se fait par la vis latérale, comme celle figure 5. Comme on le voit, l'instrument n'a que cette seule vis.

Nous avons également appliqué à la pince du premier modèle un demi-cercle mobile, qui détermine l'étendue des mors de la pince et produit la pression graduée avec une vis placée à la partie postérieure ; le quart de cercle est à crémaillère.

Notre ancienne pince à artères, à pression continue légèrement modifiée, suffirait peut-être.

M. Boinet nous a donné les indications pour faire une pince à doubles branches et une vis à chaque bout.

Fig. 6. — Pince à dents multiples et à point d'arrêt vue des anneaux pour saisir le kyste.

E. Les deux mors vus dans une deuxième position.

Le concours pour le Bureau central des hôpitaux doit s'ouvrir lundi prochain, 17 mars. Le jury se compose de MM. Goupil, Boucher de la Ville-Jossy, Sée, Matice, Béhier, Malgaigne et Cuseo, juges ; MM. Leger et Morel-Lavallée, juges suppléants.

M. Bourgoing, interne en pharmacie à la Maison municipale de santé, vient d'être nommé pharmacien en chef des hôpitaux, à la suite du concours ouvert le 22 février dernier.

La Commission administrative des hôpitaux de Toulouse donne avis qu'un concours pour une place de médecin et pour deux places de chirurgiens adjoints aura lieu dans cette ville le 22 juillet prochain.

Un concours pour une place de professeur à l'Ecole anatomique des hôpitaux doit s'ouvrir le 7 avril prochain.

La Société de médecine de Lyon avait mis au concours la question suivante : « Dans les climats tempérés, les fièvres catarrhale, muqueuse, typhoïde, forment-elles trois maladies distinctes? En cas d'affirmation, comment les distinguer et les traiter ? » — Le prix a été décerné à M. le docteur Ronzier-Joly (de Clermont-l'Hérault).

La Société médicale d'Indre-et-Loire met au concours la question suivante : « De l'alcoolisme. » — Le prix sera une médaille d'or de 200 francs. Les mémoires devront être adressés au docteur Blot, secrétaire de la Société, à Tours, avant le 30 août 1863.

M. le docteur Munaret vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine et de chirurgie de Cadix et de la Société de médecine d'Alger.

La mort continue à frapper à coups redoublés dans nos rangs ; nous avons deux nouvelles pertes à enregistrer : la mort de M. le docteur Foucart, officier de la Légion d'honneur et auteur de nombreux travaux de médecine, et celle de M. Alf. Becquerel, professeur agrégé, médecin des hôpitaux et chevalier de la Légion d'honneur. Ni l'un ni l'autre n'avaient encore atteint leur quarante-septième année.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Indications et formules pour les rhumatalgies (rhumatisme, goutte et névralgies).

Par M. le professeur DELIOUX DE SAVIGNAC, de Toulon.

Les rhumatalgies, — classe ou famille nosologique que j'ai cru devoir instituer [1] pour y placer le rhumatisme, la goutte et les névralgies, — ont souvent une durée désespérante, et désolent le médecin presque à l'égal du malade, par la ténacité et l'acuïté des douleurs qu'elles provoquent. On comprend parfaitement, en conséquence, que l'on ait multiplié, varié à l'infini les tentatives pour soumettre aux règles de la sensibilité normale les organes rhumatisés, pour anesthésier même, s'il le faut, des nerfs qui n'ont plus de sensation que pour la douleur, ainsi que pour réduire cette tendance à la chronicité qui perpétue le mal sous diverses formes en compromettant le mouvement après la sensibilité, et en conduisant à des lésions souvent irremédiables. La multiplicité des moyens appliqués et préconisés contre une maladie ne prouve que trop parfois l'impuissance et le désarroi de la thérapeutique : l'épilepsie et le cancer, par exemple, sont là pour l'attester ; mais ce n'est pas toujours à cette constatation décourageante que nous amène la longueur de la liste des médicaments inscrits au traitement de certaines espèces morbides. De plus, l'impuissance de la thérapeutique est absolue ou relative ; et l'on ne saurait disconvenir sans injustice qu'aujourd'hui son impuissance absolue n'est acquise que dans une minorité de cas qui doit s'amoindrir encore par suite des perfectionnements de l'art. Il n'y a qu'impuissance relative là où la thérapeutique, ne pouvant guérir, peut néanmoins pallier, calmer, soulager, fût-ce au prix de souffrances momentanées ou d'une gêne tolérable dans un organe, fût-ce au prix d'un tribut à payer à certaines heures à quelque diathèse compatible avec l'existence.

Mais si les médicaments qui ont une efficacité positive et réelle, si ceux, en un mot, qui guérissent, sont généralement en petit nombre pour une maladie promptement curable, il n'en est plus de même pour les moyens thérapeutiques que l'on peut invoquer dans le cours des maladies dont la cure est longue, difficile ou impossible. Il faut aussi plutôt s'applaudir que s'étonner de voir la théra-

[1] *Principes de la doctrine et de la méthode en médecine*, p. 64 (Victor Masson et fils ; Paris, 1861).

peutique féconde en ressources pour quelques espèces morbides, trop riches en variétés, véritables protées pathologiques qui revêtent les formes les plus imprévues et se nuancent des symptômes les plus divers. Voilà pourquoi le sens pratique, comme l'esprit de théorie, l'un et l'autre avides de ressources, se sont ingéniés dans la recherche de remèdes applicables aux rhumatalgies. Il y en a parmi elles, en effet, qui, nées d'une diathèse, et par cela seul profondément ancrées dans l'organisme, se prêtent difficilement à la guérison, d'autres qui s'y refusent obstinément; et toutes ont une telle mobilité d'expression, des modes d'évolution si différents, des transformations si bizarres, parfois des conséquences si soudainement graves, que, pour être armé contre toutes les éventualités de manifestation de l'élément rhumatique, pour arrêter, ici, des tendances fatales et, là, soulager, au moins, lorsque l'on ne peut guérir, il faut de toute nécessité être en mesure de varier les procédés curatifs ou palliatifs, en proportionnant leur nombre au nombre considérable d'indications que peuvent comporter le rhumatisme, la goutte et les névralgies.

Nous n'avons point ici pour objet de traiter à fond la thérapeutique de ces maladies, et de parcourir le vaste champ d'expériments plus ou moins fructueux auxquels elles ont donné lieu. Il s'agit tout simplement de signaler quelques formules utiles et appliquées, avec des avantages souvent constatés, à quelques-unes des indications les plus ordinaires et les plus impérieuses qui se présentent à certaines phases ou dans certaines manifestations des rhumatalgies.

Lorsque le rhumatisme articulaire aigu, par exemple, a été amendé par l'une de ces méthodes de traitement, empiriques ou rationnelles, mais du moins toujours actives, usitées dans toutes les cliniques et familières aux praticiens qui ont le bon esprit de ne pas abandonner le rhumatisme aux lenteurs périlleuses de l'expectation, la maladie prend assez habituellement un temps d'arrêt qui pourrait en imposer un moment pour une guérison. Mais il ne faut point se faire trop d'illusions à cet égard ; car parfois de nouvelles fluxions, de nouvelles douleurs rentrent en scène et dénotent que l'état aigu n'a point encore complétement cédé; ou bien, ce qui est plus ordinaire, la fièvre est bien décidément tombée, la réaction a disparu, la convalescence peut être admise, mais les localisations morbides, tout en ayant perdu de leur acuïté, ne sont pas complétement effacées, et la douleur y offre encore des retours passagers; enfin la guérison est apparente ou réelle, mais il y a imminence de rechute ou de récidive.

C'est pour achever et consolider la cure du rhumatisme, empêcher celui-ci de stationner à l'état subaigu, l'empêcher également de passer à l'état chronique ou le vaincre dans ce dernier état, s'il y est parvenu, c'est pour combattre la diathèse qui a pu amener l'irruption du rhumatisme et celle qui déterminera fatalement des manifestations ultérieures, que j'ose recommander l'emploi soutenu, pendant tout le temps jugé nécessaire, de l'un des remèdes dont il me reste à donner les formules.

Il y a quelques années, M. Anduran, médecin-pharmacien à la Rochelle, eut l'idée, et l'on peut le dire, l'heureuse idée, d'opposer aux affections rhumatismales et goutteuses un remède qui réunissait les substances le plus accréditées en pareil cas : c'étaient le colchique, le frêne, l'aconit et la digitale.

Ce remède, connu sous le nom de *vin d'Anduran*, n'est pas une de ces spécialités pharmaceutiques dont l'auteur voile plus ou moins la composition ou le mode de préparation, si même il n'en garde le secret absolu, et que j'ai pour principe de ne jamais prescrire. Sa formule a été loyalement publiée, et je vais tout à l'heure la reproduire. Tout médecin peut donc apprécier les effets du vin d'Anduran en parfaite connaissance de cause, comme il peut le prescrire sans scrupule : libre à lui de choisir, et à l'occasion de faire la différence, entre les produits livrés par l'honorable pharmacien de la Rochelle et ceux qui seraient préparés, sur sa prescription, par un pharmacien de la localité où il exerce.

J'ai expérimenté sur plusieurs malades ce vin, préconisé comme antigoutteux et antirhumatismal, et je déclare que, dans la généralité des cas, j'ai obtenu des résultats satisfaisants. Non pas, sans doute, que ce remède soit une panacée contre la goutte et le rhumatisme; il y a mieux à faire, à mon avis, que d'y recourir dans la période aiguë de ces maladies; mais il est éminemment utile dans les circonstances que j'ai spécifiées tout à l'heure pour le rhumatisme, et il peut l'être également dans les phases analogues de la goutte. M. Anduran, et plusieurs médecins après lui, considèrent le remède en question comme également efficace dans la période aiguë du rhumatisme et au début des attaques de goutte ; je ne partage pas cette opinion, quant au rhumatisme ; et depuis que j'emploie ce remède, je n'ai point eu dans ma pratique assez de cas de goutte aiguë pour m'édifier sur sa valeur.

Les deux éléments de la formule qui nous occupe, le colchique et l'aconit, ont une puissance incontestée contre l'élément rhumatique. L'adjonction de la digitale est assez rationnelle, si l'on songe à

la participation si fréquente que prend le cœur aux diathèses rhumatismale et goutteuse. Reste le frêne, qui mérite un moment d'examen.

On se rappellera que, peu avant l'époque où commença la réputation du vin d'Anduran, les feuilles du frêne furent remises en honneur dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. De cette vogue momentanée à l'immixtion des feuilles de frêne au premier remède antigoutteux ou antirhumatismal à intervenir, il n'y avait pas loin ; le frêne, dans le remède en question, a-t-il sa part d'efficacité ? C'est possible ; mais en tout cas c'est bien l'élément le moins important de la formule, et je ne verrais pas grand inconvénient à le supprimer. Néanmoins, je dois dire qu'ayant, à l'époque de leur vogue, employé les feuilles de frêne chez maint rhumatisant, j'ai été forcé de reconnaître qu'elles n'avaient pas été sans influence sur l'état de quelques-uns d'entre eux : je me souviendrai toujours, notamment, du résultat très-avantageux qu'elles eurent chez un excellent confrère auquel j'étais appelé à donner des soins, pour un rhumatisme goutteux dont il éprouvait de fréquentes atteintes, et qui fut, pendant un certain temps, remarquablement amélioré par l'usage exclusif de l'infusion de feuilles de frêne, après avoir résisté à tout autre moyen thérapeutique.

Voici maintenant la formule du vin d'Anduran, telle qu'elle a été donnée dans l'*Annuaire de Thérapeutique* de M. le professeur Bouchardat, pour l'année 1856, à la page 109 :

Bulbes de colchique....................	30 grammes.
Feuilles de frêne........................	30 grammes.
Vin de Malaga...........................	500 grammes.

Faites macérer huit jours, filtrez et ajoutez :

Teinture d'aconit.........................	8 grammes.
— de digitale....................	5 grammes [1].

[1] Cette formule est reproduite dans la cinquième édition de l'*Officine de Dorvault*, p. 664, mais avec une modification grave : 300 grammes de vin de Malaga au lieu de 500, ce qui rendrait le remède beaucoup plus énergique en concentrant ses principes actifs. C'est évidemment une erreur typographique qui aura échappé à la correction, d'autant plus que le nom de M. Bouchardat est cité comme source où la formule a été puisée. Cette erreur pourrait avoir des conséquences très-fâcheuses ; car, si un médecin prescrit, ou si un pharmacien prépare le vin d'Anduran en s'en rapportant à la formule publiée par M. Dorvault, il en résultera un produit presque du double plus actif que celui dont la composition a été donnée par M. Bouchardat, et qui serait certainement susceptible de causer quelques accidents. Il me paraît donc très-important d'appeler l'attention sur cette dissidence apparente.

Le mode d'administration spécifié par l'auteur de la formule est le suivant :

Une à trois cuillerées à café, à jeun, ou trois heures après un repas, dans une tasse d'infusion aromatique, thé, tilleul, bourrache ou menthe, au gré du malade.

Ce mode d'administration a des avantages réels. Pris à l'état pur, le vin d'Anduran est plus irritant, plus agressif sur les muqueuses digestives, et à ce titre peut déterminer des douleurs d'estomac et d'intestins, et plus de diarrhée que s'il est étendu dans un véhicule aqueux ; quelques malades en ont fait, contre mon avis, l'expérience. Le choix d'une infusion de thé, de préférence à toute autre, est avantageux : d'abord le goût du mélange est plus agréable ; ensuite le thé a, par lui-même, quelques propriétés diaphorétiques, surtout étant pris très-chaud, qui ne sont pas sans valeur dans la somme d'effets à obtenir de la médication ; car c'est à l'infusion aromatique *chaude* qui sert de véhicule au vin d'Anduran, que sont dus les effets diaphorétiques qui peuvent survenir, mais qui sont loin d'être constants, et non aux éléments propres de cette formule, comme l'a prétendu son auteur.

Le vin d'Anduran est un remède énergique dont on n'exagérerait pas les doses sans inconvénient, et, par conséquent, dont il ne faut pas abuser. Quoique la dose journalière qui vient d'être spécifiée ne représente que des quantités très-petites des principes actifs contenus dans le remède, elle suffit généralement, et il est rare que l'on puisse se croire dans l'obligation de prescrire jusqu'à quatre cuillerées à café par jour ; deux suffisent ordinairement pour l'effet thérapeutique à atteindre ; on n'est autorisé à en prescrire une troisième, et surtout une quatrième, que si cet effet manque, et encore à condition qu'il y aura tolérance du médicament. Les doses indiquées ici sont pour des adultes ; il faudrait les diminuer pour des sujets plus jeunes. Il arrive même que des individus plus susceptibles ne peuvent tolérer au début du traitement qu'une demi-cuillerée à café matin et soir. L'intolérance se traduit particulièrement par de la diarrhée, et celle-ci prend quelquefois des proportions assez considérables, pour peu surtout qu'on exagère les doses. J'ai vu des malades, gens du monde, qui, croyant mieux faire que le médecin et croyant guérir plus vite, s'ingéraient le vin d'Anduran par cuillerées à bouche ; plusieurs ont eu de véritables superpurgations qui n'ont pas hâté la guérison, mais qui les ont rendus plus circonspects et plus dociles. Que l'on se tienne donc pour averti de ces accidents possibles, d'autant mieux que l'on observera généralement, pendant

la durée du traitement, un certain degré de liberté du ventre qui excède les conditions normales, deux ou trois évacuations alvines un peu molles, par exemple; mais il est inutile de demander davantage; une purgation réelle n'est pas nécessaire pour que le remède agisse, et il peut même opérer efficacement, sans modifier d'une manière sensible le nombre et la consistance des excrétions intestinales. Enfin, il augmente presque toujours, plus ou moins, la quantité des urines, ce qui ne doit point étonner quand on connaît les propriétés diurétiques du colchique, et surtout de la digitale et de l'aconit.

Le moment qui m'a paru le plus favorable pour prendre ce remède est le matin, à l'heure du réveil, et le soir immédiatement avant le sommeil.

Ce traitement doit être suivi sans interruption pendant vingt à trente jours; il peut durer davantage, selon la gravité des cas, ou bien être suspendu momentanément et repris de temps à autre.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur le traitement des adénômes et des tumeurs irritables de la mamelle par la compression [1].

Par M. Paul Broca, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

J'ai dit que la compression pouvait faire disparaître la névralgie mammaire, alors même qu'elle ne parvenait pas à dissiper entièrement la tumeur. L'observation suivante peut être invoquée à l'appui de cette proposition; quoique l'engorgement léger, qui persiste encore aujourd'hui, ait été à diverses reprises le siége de petits élancements passagers, la névralgie proprement dite est entièrement dissipée depuis plus de neuf mois.

Obs. IV. *Adénôme irritable datant de plus de deux ans. — Douleurs atroces. — Compression. — Tumeur réduite en vingt jours à un très-petit volume. — Guérison de la névralgie, confirmée au bout de neuf mois.* — Une dame de ma connaissance m'adressa, au mois d'avril 1861, la nommée M*** cuisinière, âgée de quarante-cinq ans, qui était décidée à se faire amputer le sein, pour être délivrée d'une tumeur compliquée de douleurs atroces.

---

[1] Suite et fin, voir les précédentes livraisons, p. 154 et 199.

Cette malade était mariée mais n'avait jamais eu d'enfants. Ses règles avaient toujours été régulières; sa santé générale avait toujours été bonne.

Cinq ans auparavant son mari lui avait donné par mégarde, sur le sein gauche, un coup de coude, qui avait été suivi d'*ecchymose*. Cette contusion n'avait eu immédiatement aucune suite fâcheuse; mais, trois ans après l'accident, le point contus devint le siége d'une douleur revenant par intervalle, et qui, d'abord toute locale, commença quelques mois plus tard à s'irradier dans l'épaule et dans le bras, jusqu'au niveau du coude. La malade pense que les douleurs ont précédé de plusieurs mois l'apparition de la tumeur. Cela veut dire sans doute que la tumeur était alors trop petite pour être reconnue par une main inexpérimentée.

Quoi qu'il en soit, il y avait dix-huit mois au moins que la tumeur existait lorsque je vis la malade. D'abord grosse comme une noisette, elle avait acquis peu à peu le volume d'une petite noix.

Cette femme, qui était fort courageuse, avait continué à travailler pendant un an encore, pour nourrir son mari qui était paraplégique. Mais depuis le mois d'octobre 1860, elle était impropre à toute espèce de travail. La douleur était devenue à peu près continue et redoublait encore, sous forme de crises déchirantes, qui revenaient presque à toute heure du jour et de la nuit. Elle s'irradiait en demi-cercle autour de la poitrine, se répandait dans l'épaule et dans le bras gauche, jusqu'au niveau de l'épitrochlée, où existait un point douloureux à la pression. Le sein était le siége de fluxions périodiques qui coïncidaient avec les époques menstruelles. Presque entièrement privée de sommeil depuis six mois, la malade avait considérablement maigri. Elle avait consulté soit à l'hôpital, soit en ville, plusieurs chirurgiens qui lui avaient prescrit un grand nombre de remèdes, et notamment l'iodure de potassium, *intus* et *extra*, sans le moindre soulagement; quelques-uns lui avaient proposé l'amputation, et c'était pour subir cette opération qu'elle s'adressait à moi.

Je la vis pour la première fois le 15 avril 1861. Sa tumeur occupait la partie supérieure et interne du sein gauche. Elle était presque ovoïde, longue de 3 centimètres, large et épaisse de 2 centimètres environ; ses contours n'étaient pas parfaitement distincts du reste de la glande, qui était assez ferme et comme empâtée tout autour. La malade était fort maigre; on sentait très-nettement, à travers la peau, les divisions de la glande en lobes et en lobules, mais sous ce rapport il n'y avait pas de différence entre les deux mamelles. La consistance de la tumeur était assez ferme partout, mais sur un de ses côtés on sentait une induration plus considérable, formant une petite masse diffuse grosse comme un noyau de cerise. C'était pour cela sans doute qu'un confrère, d'ailleurs très-éclairé, ancien interne des hôpitaux, avait cru à l'existence d'un squirrhe.

Ce diagnostic ne me parut pas exact; je jugeai que cette tumeur irritable était un adénôme et je déclarai à la malade que je ne consentirais pas à l'opérer avant d'avoir essayé le traitement par la compression.

J'ai déjà dit que cette femme était très-courageuse. Dès le lende-

main, 16 avril, j'appliquai le premier bandage. La tumeur était si sensible, que le moindre attouchement produisait des éclairs de douleur dans la poitrine, l'épaule et le bras. Néanmoins l'application des bandes fut beaucoup moins douloureuse que je ne m'y attendais. Mais la douleur redoubla dans la journée, elle s'accrut encore pendant la nuit, et la malade dut faire appel à tout son courage pour ne pas défaire son bandage. Au bout de vingt-quatre heures il y eut un peu de soulagement; la seconde journée fut assez bonne; la nuit, meilleure encore, amena un peu de sommeil. Enfin, au bout de quarante-huit heures, je revis la malade fort satisfaite, car elle ne souffrait plus du tout.

Dans la nuit du 18 au 19 avril la principale bretelle se rompit, et le bandage se relâcha. Il fallut le réappliquer le 19 avril. La tumeur était déjà réduite d'un bon tiers. Je serrai le bandage un peu plus fort que la première fois; la douleur reparut aussitôt et dura trois jours, mais beaucoup moindre même qu'avant le commencement du traitement. A partir du 22 avril il s'écoula cinq jours sans aucune douleur. La malade pouvait travailler librement; elle pouvait même, sans souffrir, comprimer avec sa main le siége du mal.

Le 27 j'enlevai le second bandage, et je fus tout surpris de trouver la tumeur réduite des trois quarts, quoique la compression n'eût duré en tout que onze jours. J'appliquai un troisième bandage qui ne produisit pas de douleur et qui resta en place dix jours, jusqu'au 7 avril. Ce jour-là je trouvai à la place de la tumeur un engorgement diffus, moins gros qu'une noisette, peu consistant dans la plus grande partie de son étendue, mais présentant sur un point de sa périphérie un petit noyau plus dur, à peine plus gros qu'un pois. Lorsqu'on pressait un peu fortement ce noyau entre les doigts, on provoquait encore une douleur sourde; mais toute douleur spontanée avait cessé.

J'aurais dû peut-être continuer encore la compression pendant quelque temps, mais la malade me pria de lui laisser quelques jours de liberté, et comme elle promettait de revenir me voir souvent, je ne vis aucun inconvénient à attendre.

Depuis lors je l'ai vue presque tous les mois. L'état local n'a pas changé : les fluxions mammaires qui revenaient périodiquement aux époques menstruelles, n'ont pas reparu. Les névralgies ne sont pas revenues. Lorsqu'on comprime brusquement le point engorgé, on provoque une petite douleur, mais celle-ci est toute locale, et ne s'irradie même pas dans le reste de la mamelle. La malade, à partir du mois de juillet, a éprouvé de loin en loin, tous les deux ou trois jours, de petits élancements spontanés, mais ils étaient si légers et si passagers, qu'elle n'aurait jamais eu, disait-elle, la pensée de consulter un médecin pour si peu de chose. Pourtant, à partir du milieu de novembre, ces élancements devinrent un peu plus fréquents. Ils étaient toujours assez faibles, mais ils duraient quelquefois deux ou trois minutes. J'engageai alors la malade à se comprimer le sein avec un bandage de corps lacé, muni de bretelles. Elle fabriqua elle-même ce petit appareil, qu'elle a porté depuis lors sans interrup-

tion, et qui a mis fin aux élancements. Je l'ai revue il y a peu de jours (février 1862), dans l'état le plus satisfaisant. L'engorgement persiste exactement avec les mêmes caractères qu'il y a neuf mois ; il n'a subi aucun changement depuis la suppression de mon dernier bandage.

Les deux observations précédentes sont relatives à des tumeurs irritables, compliquées de névralgies qui s'irradiaient au loin avec une grande intensité. Celle qui va suivre est beaucoup moins remarquable sous ce rapport; néanmoins la douleur était assez intense, assez rebelle aux traitements ordinaires, pour que la tumeur dût être rangée parmi les tumeurs irritables.

Obs. V. *Adénôme irritable de la mamelle, datant de dix-huit mois. — Compression. — Cessation de la douleur après vingt-quatre heures de compression. — Résolution presque complète de la tumeur au bout de onze jours.* — Mme R***, vingt-trois ans, sans profession, vient me consulter en juillet 1861, pour une tumeur douloureuse du sein droit.

Cette femme n'a jamais fait aucune maladie et paraît douée d'une constitution superbe; mais elle a toujours été mal réglée. Ses époques sont souvent en retard de une à trois semaines. Mariée il y a quatre ans, elle a un enfant âgé de deux ans et demi, qu'elle n'a pas nourri. Sa couche a été des plus heureuses sous tous les rapports. Elle n'a pas eu d'autre grossesse. Il y a dix-huit mois, en février 1860, une douleur qu'elle éprouvait depuis quelques jours, sans cause connue, dans la mamelle gauche, appela son attention sur cette glande. Elle y trouva une tumeur grosse comme une petite noix. Quoique cette tumeur fût le siége d'élancements spontanés,elle n'était pas douloureuse à la pression.

Depuis lors, elle remarqua que, une semaine environ avant chaque époque menstruelle, la tumeur devenait plus grosse, plus ferme et en même temps plus douloureuse; elle diminuait peu à peu après les règles, et devenait presque indolente jusqu'à l'approche de la période suivante. Somme toute, pourtant, la tumeur faisait toujours des progrès. Au bout de six mois, elle avait atteint le volume qu'elle présente aujourd'hui, c'est-à-dire le volume d'un œuf de pigeon, hors de l'époque des règles, et un volume à peu près double pendant dix ou douze jours, à chaque période menstruelle. La douleur déjà n'était plus seulement spontanée, elle naissait au moindre attouchement, s'irradiait dans toute la mamelle, mais ne s'étendait pas plus loin. Elle se manifestait en tout temps, mais elle était beaucoup plus vive avant et pendant les règles, et la tumeur, alors, était assez irritable, pour que le poids des couvertures empêchât la malade de dormir couchée sur le dos, comme elle en avait l'habitude.

Un confrère, consulté dès le début, avait prescrit l'iodure de potassium à l'intérieur et en frictions. Ce traitement n'avait pas empêché le mal de faire des progrès continus. Au mois d'octobre 1860,

la malade s'adressa à un charlatan rural, qui lui vendit fort cher une pommade inconnue, et à qui elle attribue l'aggravation ultérieure de son mal. Elle avoue toutefois que les effets de la susdite pommade furent ou parurent favorables pendant deux mois, car les douleurs s'atténuèrent considérablement, en même temps que la tumeur devenait beaucoup plus petite. Mais au mois de janvier 1861, à l'époque des règles, les douleurs revinrent aussi fortes qu'auparavant; depuis lors, elle se sont exaspérées de plus en plus, en s'étendant, pour la première fois, jusqu'au moignon de l'épaule. La tumeur revint promptement au volume qu'elle présentait au mois d'octobre précédent, et qu'elle présente encore aujourd'hui. La pommade du charlatan fut abandonnée; le traitement ioduré fut repris sans aucun succès. Enfin, deux professeurs de la Faculté, consultés séparémont, conseillèrent l'opération, et Mme R*** était sur le point de s'y soumettre, lorsqu'on lui parla de la malado qui est le sujet de l'observation précédente. Cela la décida à s'adresser à moi.

Je la vis vers la fin de juillet 1861. Elle était sur le point d'avoir ses règles; la tumeur était grosse comme un œuf de poule, mal circonscrite et très-douloureuse au toucher. Deux jours après la cessation des règles, elle commença à diminuer. Le 29 juillet, elle n'avait plus que le volume d'un œuf de pigeon; elle était ferme, mobile, mais un peu diffuse à sa base, qui se continuait manifestement avec le reste de la glande. Elle occupait la partie supérieure de la mamelle, directement au-dessus du mamelon. Elle était indolente lorsqu'on n'y touchait pas; mais la pression provoquait une douleur assez vive, qui s'étendait à toute la mamelle et qui s'irradiait dans l'épaule. Il n'y avait aucune adhérence; l'aisselle était libre d'engorgement. Malgré l'opinion des deux chirurgiens éminents qui avaient diagnostiqué un cancer, il me parut certain que cette tumeur n'était qu'un adénôme. Les oscillations de volume, qui se montraient à chaque époque menstruelle, me paraissaient la preuve qu'il s'agissait d'un adénôme avec prédominance des culs-de-sac glandulaires, et d'après cela, je crus pouvoir promettre à la malade que la compression ferait résoudre sa tumeur.

Quoique plutôt maigre que grasse, elle avait les seins fort gros. Je note cette circonstance parce que, dans tous les autres cas de tumeurs irritables que j'ai observés, les seins étaient au contraire fort petits. La compression fut appliquée le 29 juillet; elle fut assez douloureuse. La douleur dura tout le jour et toute la nuit. La malade, pendant vingt-quatre heures, ne put fermer l'œil; mais, au bout de ce temps, le calme se rétablit, et depuis lors, avec ou sans compression, la malade n'a jamais éprouvé la dixième partie des douleurs qui la tourmentaient avant l'application du premier bandage.

Le 2 août, j'enlevai l'appareil, qui était resté quatre jours en place. La tumeur, beaucoup moins dure, était déjà réduite aux trois quarts. Elle était à peine douloureuse au toucher. J'appliquai, séance tenante, un nouveau bandage; cela provoqua une douleur légère, qui se dissipa entièrement au bout d'un quart d'heure. Ce

nouveau bandage fut laissé sept jours en place; il produisit beaucoup de gêne, à cause de la chaleur, qui était très-forte.

Le 9 août, *après onze jours de compression*, la tumeur avait pour ainsi dire disparu. Il fallait y regarder de très-près pour trouver, sur l'emplacement qu'elle avait occupé, deux lobules glandulaires un peu plus fermes que les lobules voisins. On ne les aurait même pas trouvés si la malade n'avait éprouvé une très-légère douleur lorsqu'on exerçait à ce niveau, avec le bout du doigt, une pression un peu brusque.

La malade, incommodée par la chaleur du bandage, demanda grâce ce jour-là, et je la laissai en liberté pendant quatre jours; mais, le 13 août, il me parut que la sensibilité à la pression était plus vive, et qu'en même temps, l'engorgement glandulaire était un peu plus ferme. J'appliquai donc un troisième bandage, un peu moins serré que les précédents, et je l'enlevai seulement le 29 août. Les règles se montrèrent le 24 et durèrent jusqu'au 27, sans être précédées ou accompagnées d'aucune douleur. C'était la première fois, depuis dix-huit mois, qu'elle traversait sans souffrir son époque menstruelle.

Ayant quitté Paris pendant le mois de septembre, je ne revis la malade que le 9 octobre. Elle me raconta que le 23 septembre, à l'approche des règles, les douleurs avaient reparu avec une intensité modérée, sans que l'engorgement eût paru faire des progrès. Celui-ci était encore, et est resté depuis dans l'état où je l'avais vu le 29 août. La pression sur ce point déterminait une douleur assez vive, qui s'étendait vers l'épaule. Je crus devoir appliquer un nouveau bandage peu serré, qui resta en place pendant un mois. Au bout de ce temps, il était fort relâché; néanmoins il avait suffi pour préserver la malade de sa petite crise mensuelle. Ce fut alors que je prescrivis l'emploi continuel d'un bandage de corps lacé en toile piquée, avec deux bretelles et une échancrure pour le sein droit. La malade porte toujours ce petit appareil, qui ne la gêne nullement, et qui jusqu'ici, pendant quatre mois consécutifs, l'a tenue à l'abri de toute espèce de douleur. Je lui ai conseillé d'en continuer encore l'usage pendant plusieurs mois.

Ces faits n'ont pas besoin de longs commentaires; ils montrent que les adénômes irritables se comportent comme les autres, lorsqu'on les traite par la compression. Tantôt ils disparaissent entièrement, tantôt ils ne font que se modifier, en descendant à un très-petit volume. Il y a probablement aussi des cas où les adénômes irritables sont, comme certains adénômes non irritables, à peu près rebelles à la compression; mais je n'ai pas vu d'exemple jusqu'ici, et j'ose espérer que la méthode que je préconise est appelée à donner dans la plupart des cas des résultats avantageux.

Mon expérience ne s'étend pas au delà des cas d'adénômes; toutes les tumeurs irritables que j'ai observées jusqu'ici étaient des adénômes; je ne puis donc prétendre que le même traitement doive

être aussi efficace dans les autres cas. On a vu combien est variable la nature des tumeurs irritables de la mamelle. Plusieurs d'entre elles me paraissent susceptibles d'être amendées par la compression, presque aussi bien que les adénômes ; ce sont celles qui sont dues à un travail quelconque d'hypertrophie, ou à un travail d'inflammation chronique ; mais d'autres, comme les kystes, les cancers, ne laissent pas concevoir les mêmes espérances. Si l'on réfléchit toutefois qu'il n'est pas nécessaire de faire résoudre une tumeur irritable pour faire disparaître la complication névralgique, qu'il suffit d'y produire une résolution partielle, ou une simple modification de nutrition, on sera peut-être disposé à admettre qu'il est rationnel de faire au moins une tentative de compression, alors même qu'on n'aurait pas l'espoir de guérir autre chose que la névralgie. Il est bien entendu que si la tumeur irritable était cancéreuse et opérable, on l'enlèverait sans s'inquiéter de la question de la névralgie. Je n'ai en vue ici que les cas où une tumeur cancéreuse inopérable serait le point de départ de douleurs atroces irradiées dans les régions voisines. Si je rencontrais un cas de ce genre, je n'hésiterais pas à essayer de pallier ce symptôme au moyen de la compression.

Quant aux cas de *mamelle irritable sans tumeur*, ou de névralgie mammaire paraissant idiopathique, je n'oserais pas dire avec M. Velpeau qu'il soit irrationnel de les traiter par la compression [1], Soit qu'on admette, comme je n'en suis pas éloigné, que les névralgies aient pour point de départ une lésion réelle, mais impalpable, du tissu glandulaire, un trouble de nutrition sans tumeur appréciable, soit qu'on admette, au contraire, l'intégrité absolue de ce tissu, la compression, dans l'une et l'autre hypothèse, me paraît de nature à modifier la nutrition de la glande, à changer les conditions à la faveur desquelles la névralgie s'est manifestée, et à donner ainsi des chances de guérison ; mais je dois me borner, faute d'expérience personnelle, à signaler cette idée à l'attention des praticiens, et la seule conclusion légitime que je veuille tirer des faits contenus dans ce mémoire, c'est que les *adénômes irritables de la mamelle doivent être traités par la compression méthodique.*

---

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 275.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De l'iodure neutre d'antimoine et de ses propriétés chimiques et médicales (¹).

Par M. le docteur Le Brument et M. Périer, pharmacien à Rouen.

Tissus médicamenteux. — L'action si souvent incertaine des médicaments appliqués à la surface de la peau sous la forme de pommades, de liniments, de solutions aqueuses ou alcooliques, etc., résultant peut-être autant de l'application momentanée des remèdes que des corps intermédiaires employés, nous a suggéré l'idée des tissus de principes médicamenteux.

Nous avons pensé que des tissus ainsi préparés et qui pourraient être laissés à demeure sur les parties, faciliteraient non-seulement l'absorption des agents médicamenteux, mais encore produiraient un effet révulsif plus ou moins intense, avec cet avantage sur les autres modes d'administration des médicaments externes, que, dans l'un ou l'autre cas, l'action aurait lieu d'une manière permanente et continue. En effet, un tissu chargé de principes médicamenteux même insolubles, appliqué à la surface de la peau, de manière à y concentrer la sueur, se laisse pénétrer de ce liquide, qui, en raison de sa nature, étant éminemment propre à dissoudre ces principes médicamenteux, est, sans contredit, le meilleur véhicule pour les faire pénétrer dans l'organisme par voie d'absorption. C'est d'ailleurs ce que l'expérience nous a démontré pour certains principes : car les tissus que nous employons, sont surtout chargés de matières insolubles, et l'examen des urines nous a prouvé que ces matières passaient dans la circulation. Quant à l'effet révulsif, on comprend qu'il résulte de la quantité du médicament incorporé au tissu.

Nous ne pouvons, quant à présent, nous étendre davantage sur ce mode particulier d'administration de certains médicaments ; mais nous insistons fortement sur l'effet permanent et continu qui en résulte, car il nous a permis, dans quelques cas où les malades ne pouvaient supporter aucun agent thérapeutique interne, d'établir néanmoins une médication réelle et efficace.

Voici, d'une manière générale, comment nous préparons ces tissus :

(¹) Suite et fin, voir les livraisons précédentes, p. 163 et 212.

Pour l'iodure d'antimoine, nous dissolvons ce composé à une dose variable, suivant l'effet que nous voulons produire, dans un véhicule volatilisable, tel que l'alcool absolu ou le sulfure de carbone, nous plongeons le tissu dans cette solution et nous laissons sécher à l'air.

Pour les tissus que l'on peut préparer par double décomposition, soit, par exemple, les tissus à l'iodure de plomb ou à l'iodure de mercure, nous faisons un mordançage avec un sel soluble de plomb ou de mercure dans des proportions convenables, et nous passons ce tissu dans une solution d'iodure de potassium.

Nous chargeons aussi, pour des usages divers, les tissus de substances organiques plus ou moins actives, ou de substances résineuses, aromatiques, etc., etc.

Ainsi préparés, ces tissus, soit de laine, soit de coton, nous servent à établir des appareils dont la forme varie suivant les parties du corps où ils doivent être appliqués. A la poitrine, c'est une espèce de chape qui en recouvre la partie antérieure et postérieure ; à l'épigastre, à l'abdomen et à l'hypogastre, ce sont des ceintures ; aux articulations des membres, des brassards, des genouillères, etc.

Tel est, messieurs, l'exposé succinct des nouveaux moyens thérapeutiques que nous avons l'honneur de vous soumettre et que nous regrettons vivement de n'avoir pas eu la liberté de rendre plus complet.

Ce mémoire, que nous livrons textuellement à la publicité, quelles que puissent être les modifications et les additions que le temps et l'expérience aient pu nous suggérer, prouvera, nous en sommes convaincu, l'équité de notre réclamation, ainsi que notre déférence pour l'intéressant travail de M. le docteur Van den Corput. Qu'il nous soit permis, cependant, d'offrir au public médical quelques nouvelles formules qui s'adressent à d'autres cas morbides que ceux que M. le docteur Van den Corput a signalés.

Potion.

R.	Solution de gomme..................	125 grammes.
	Oxydo-iodure d'antimoine............	5 à 20 centigrammes.
	Sirop de menthe.....................	25 grammes.

F. S. A. une potion que l'on fera prendre de deux heures en deux heures dans la méningite tuberculeuse.

Poudre.

R.	Iodure neutre d'antimoine...........	0,10 centigrammes.
	Poudre de feuilles d'oranger.........	1gr,50.

Mêlez et divisez en vingt paquets. Un paquet toutes les deux heu-

res, dans une cuillerée à café de sirop de gomme. — Méningite tuberculeuse.

Pommade.

R.	Axonge récente	30 grammes.
	Iodure neutre d'antimoine	4 grammes.

F. S. A. en frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé. — Méningite tuberculeuse.

Pilules.

R.	Iodure neutre d'antimoine	0,20 centigrammes.
	Extrait de gaïac	4 grammes.
	Essence d'anis	2 gouttes.

F. S. A. 40 pilules. Une matin et soir; boire par-dessus chaque pilule une tasse d'infusion de feuilles d'oranger sucrée. — Régime alimentaire substantiel. — Contre l'eczéma.

Pommade.

R.	Axonge benzinée	30 grammes.
	Iodure neutre d'antimoine	0,30 centigrammes.

F. S. A. Contre l'eczéma et l'eczéma lichénoïde des mains.

Autre.

R.	Axonge benzinée	30 grammes.
	Iodure neutre d'antimoine	2 à 6 grammes.

F. S. A. Contre le lupus.

Un mot sur le cérat officinal et l'huile d'arachide.

On dit que toute chose doit avoir son histoire : nous complétons celle du fruit de l'*Arachis hypogœa.* Il y a quelques années, un épicier de Bordeaux s'était dit que, puisque le fruit de l'arachide contient une huile fixe, il y aurait peut-être possibilité de l'utiliser. Il se mit donc à extraire des semences de cette légumineuse une assez grande quantité de ce produit, pour le livrer au public sous le nom d'huile d'olive vierge; il obtint même une vogue immense, parce qu'il la vendait soixante centimes de moins par kilogramme que l'huile d'olive véritable.

Mais, hélas ! le bonheur dans cette vie n'est pas toujours durable, cet épicier devait en avoir la preuve. La régie est comme l'Argus dont parle la fable, elle a toujours quelques yeux ouverts; elle vit, en compulsant ses livres d'octroi, que ce marchand faisait entrer dans Bordeaux une quantité d'huile d'olive qui ne pouvait se balancer avec celle de son débit : elle jugea qu'il y avait là un mystère; elle sut, car la douane peut toujours savoir, que ce négociant rece-

vait souvent des ballots énormes de semences d'arachide, qui franchissaient la barrière francs de tous droits, comme objets de curiosité.

Le fisc est comme la fourmi du bon Lafontaine, qui ne prête ni ne donne ; il mit, dès ce jour même, un droit sur les semences et l'huile d'arachide. La consommation de l'huile d'arachide est devenue très-importante dans toute la France ; elle sert à frauder l'huile d'olive, à faire des savons, des cosmétiques. Un pharmacien vient de la proposer, à cause de la modicité de son prix, comme un succédané de l'huile d'amandes douces dans la composition du cérat de Galien. Notre honoré collègue voudra bien nous pardonner de ne pas être de son avis, et pour les raisons suivantes.

L'huile d'arachide se congèle au moindre abaissement de température, elle prend l'aspect et la consistance de l'huile d'olive exempte de tout mélange ; il en résulte qu'il faudra avoir deux formules de cérat, une pour l'été, une autre pour l'hiver, car alors on n'aurait jamais un médicament identique dans sa consistance ; mais le plus grave reproche que l'on puisse faire à cette huile, c'est qu'elle rancit avec une grande facilité, tandis que l'huile d'amandes douces n'a pas cet inconvénient, ou ne le présente pas au même degré.

Le cérat officinal fait avec de l'huile d'arachide est d'un blanc mat, tout à fait semblable à celui dans lequel on a fait entrer de la cire végétale au lieu de cire d'abeille.

La société de pharmacie a été chargée de donner son avis sur les avantages que présente l'huile d'arachide dans la composition du cérat ; son opinion offre un certain intérêt pour l'avenir d'un des médicaments les plus employés par la chirurgie.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE.

De l'emploi de l'eau chaude, en compresses, dans le traitement des maladies des yeux.

Nulle branche de la médecine n'a fait de plus rapides progrès dans ces dernières années que l'ophthalmologie, et nous sommes heureux d'ajouter que ces progrès se sont même étendus à la thérapeutique des affections oculaires. Aussi ne sera-t-il pas seulement utile de les faire connaître aux praticiens qui s'occupent de soigner spécialement ces maladies ; mais tout médecin en tirera profit, parce que ces progrès, basés sur une expérimentation exacte et des obser-

vations précises, peuvent lui servir de guide dans toute tentative thérapeutique analogue.

L'emploi des compresses chaudes dans le traitement des maladies des yeux n'est rien moins que nouveau; les gens du peuple en ont largement usé depuis les temps les plus reculés, et leur usage intempestif a malheureusement coûté la vue à bien des malades. Les femmes, dans les classes ouvrières, les emploient dans tous les cas d'ophthalmie des nouveau-nés, en partant de l'idée que le pus qui s'échappe des yeux est une matière nuisible, et qu'il faut, à tout prix, en faciliter la sortie. Or, la chaleur humide, employée dans de pareilles conditions, ne peut que hâter la destruction imminente de la cornée.

L'emploi des compresses chaudes par les médecins n'a été, jusqu'à ces derniers temps, que très-restreint : on s'est borné à les prescrire dans les cas de blépharite et de dacryocystite, et, même pour cette pratique, nous trouvons des indications peu précises. Les compresses chaudes sont mises en usage surtout comme moyen de calmer les douleurs névralgiques, de faciliter la suppuration dans les cas de fonte purulente de l'œil et pour modérer les douleurs si intenses qui l'accompagnent.

Dans l'une des séances du congrès ophthalmologique de Bruxelles, notre très-honoré confrère, M. Gros (de Boulogne), a émis l'opinion suivante, sans rencontrer d'opposition. M. Gros dit : « J'avoue qu'un des principaux reproches que j'adresse à l'occlusion palpébrale, que je ne repousse point d'une manière absolue, c'est de contribuer souvent à accumuler le calorique. Or, dans les inflammations oculaires, je connais beaucoup de circonstances dans lesquelles il y a avantage à diminuer la température ; *je n'en sais aucune où il soit utile de l'élever*. Je suis donc peu séduit par la nouvelle vertu que l'honorable préopinant propose d'ajouter à l'énumération de celles déjà attribuées à l'occlusion. »

Dans la littérature moderne, nous ne trouvons guère que quelques notes éparses sur l'emploi de la chaleur sous forme de compresses. Notre honoré maître, M. de Graefe, a attiré le premier l'attention des praticiens sur les services notables que l'emploi de ce moyen pouvait rendre dans la pratique ophthalmologique [1]. Les cas dans lesquels M. de Graefe recommande l'usage de ces compresses diffèrent de beaucoup de ceux que nous avons indiqués plus haut ; ce sont surtout les affections de la cornée et les granulations

[1] *Archiv. für Augenheilkunde*, Bd. VI, abth. II, 1860.

chroniques de la conjonctive. Depuis que le travail de l'éminent ophthalmologiste de Berlin a paru, nous avons eu bien souvent occasion de nous convaincre des bons résultats qu'on peut tirer de la mise en œuvre de la chaleur dans le traitement des maladies des yeux, et nous tâcherons d'exposer ici, en peu de mots, comment il faut appliquer ce moyen, et nous indiquerons les cas où son emploi donne les meilleurs résultats.

Nous nous servons d'eau dont la température est élevée de 40 à 45 degrés centigrades, et nous faisons placer un thermomètre dans la cuvette contenant le liquide, pour qu'on puisse le maintenir toujours à la même température. On peut employer de l'eau chaude pure, ou après y avoir fait infuser des fleurs de camomille ou de mauve. Le principe aromatique contenu dans l'infusion est sans importance, et ne peut agir que sur l'imagination du malade, ou des personnes qui l'entourent. Les compresses doivent être assez épaisses (de 4 à 6 doubles), pour qu'elles ne se refroidissent pas trop vite, et qu'on puisse les laisser en place de 3 à 5 minutes ; on les maintient appliquées de 3 à 12 heures par jour, selon les différents cas, et on laisse le malade se reposer toutes les deux à trois heures, pendant un quart d'heure ou une demi-heure. L'application de ces compresses, loin d'être désagréable aux malades, leur apporte le plus souvent, dans les affections que nous indiquerons, un grand soulagement.

Les compresses chaudes sont surtout indiquées dans le traitement des maladies de la cornée, et nous avons à nous occuper un peu des différentes affections qui en nécessitent l'emploi ; ce sont :

1° Les infiltrations asthéniques et les abcès torpides de la cornée ;

2° La kératite diffuse ou parenchymateuse ;

3° Les ulcères atoniques de la cornée ;

4° Les lésions traumatiques de cette membrane avec tendance à la nécrose du tissu cornéen.

1° M. de Graefe a surtout fixé l'attention des praticiens sur une infiltration asthénique de la cornée, qui n'est pas décrite par les auteurs et qui est remarquable par sa grande malignité. Elle se rencontre le plus souvent chez des enfants de huit à douze ans, où une infiltration jaunâtre, d'une étendue plus ou moins grande, se forme dans la cornée. La partie infiltrée n'est pas soulevée ; sa couche épithéliale est intacte. L'œil ne montre pas d'injection conjonctivale, ni sous-conjonctivale ; il n'est pas sensible au toucher, ni à la lumière. Cette infiltration assez épaisse a peu de tendance à gagner en profondeur, mais elle s'étend très-vite en largeur ; elle

reste toujours jaune, se limite nettement et tranche sur la partie claire et transparente; on ne voit pas ce bord grisâtre qui est dû au tissu enflammé de la cornée, et que l'on rencontre dans la kératite avec formation d'un abcès.

Dans la plupart des cas, la maladie fait des progrès ultérieurs; la membrane de Descemet y participe; il se forme des globules de pus provenant de la repullulation des cellules de sa couche épithéliale. L'humeur aqueuse se trouble; un hypopion se produit; l'inflammation gagne l'iris, qui, par suite de l'engorgement de ses vaisseaux, prend une couleur jaunâtre. Plus tard, une perforation d'une grande étendue survient, ou la cornée, en se transformant en un tissu cicatriciel, amène la perte de la vision.

Cette maladie se caractérise à son début par le manque de tout signe inflammatoire, par la facilité avec laquelle elle envahit la cornée sur une grande étendue, et par la résistance qu'elle oppose à toutes les tentatives faites dans le but d'enrayer sa marche. Nous avons ici une sorte de pendant aux suppurations qui se font assez fréquemment, chez des enfants faibles, dans le tissu sous-cutané, et qui sont connues sous le nom d'*abcès froids*. Dans ces ophthalmies torpides, on a vainement cherché à arrêter les progrès du mal par des moyens antiphlogistiques. Les compresses froides, les déplétions sanguines, les évacuants ne font qu'accélérer la marche funeste de cette maladie. Ce n'est que l'usage continu de la chaleur, au moyen de compresses chaudes, qui parvient à enrayer le mal, et à le faire rétrograder. En même temps, on emploiera l'atropine pour diminuer la tension de la cornée, et on donnera des toniques aux enfants faibles et anémiques. Malheureusement, on voit encore trop souvent ces infiltrations indolentes de la cornée traitées par des antiphlogistiques, et l'œil se perdre à la suite de ce traitement.

L'emploi de la chaleur humide doit être continué jusqu'à ce qu'on voie se former un bord grisâtre autour de l'infiltration. Ce phénomène vient nous prouver qu'une impulsion vive a été imprimée à la nutrition de la cornée, impulsion qui ne tardera pas à amener la décomposition graisseuse des globules de pus qui constituent l'infiltration, puis leur résorption. Si le mal a déjà fait de grands progrès, si l'infiltration a envahi une grande partie de la cornée, qu'un hypopion considérable se soit formé, alors on devra avoir recours à une méthode plus active : pratiquer une paracentèse large à la cornée pour donner issue au pus, ou même faire une excision de l'iris pour combattre plus énergiquement l'état inflammatoire et arrêter la destruction de la cornée. Les compresses chaudes seront

reprises plus tard pour accélérer la résorption du pus, et ranimer la nutrition du tissu cornéen.

Dans une autre série de cas différents des précédents, on voit se former sur la cornée de petits abcès, dont le pourtour est le plus souvent nettement tranché. Ces petits abcès débutent par des douleurs névralgiques et intermittentes très-intenses, qui ne cèdent pas même à de hautes doses de quinine. Une injection conjonctivale et sous-conjonctivale peu prononcée accompagne la formation de ces petits abcès; les parties transparentes du tissu cornéen qui les sépare commencent à se troubler; des épanchements interlamellaires se font, et il survient assez souvent un hypopion. Dans cette affection, moins dangereuse que la précédente, l'emploi de la médication antiphlogistique est sans aucune efficacité, et ne peut nullement soulager les grandes souffrances que les malades éprouvent au début de la formation de chacun des petits abcès. Leur production présente quelque ressemblance avec certaines maladies de la peau (le zona, par exemple), qui s'accompagnent aussi de vives douleurs névralgiques, précédant la production des pustules cutanées. La chaleur humide parvient, dans ces lésions de la cornée, à calmer les douleurs; elle empêche la production ultérieure de ces petits abcès, et hâte la résorption de ceux qui sont déjà formés. L'observation suivante en fournira un exemple :

Obs. M. H***, quarante-six ans, quai de Passy, 9, vient me consulter pour une inflammation de l'œil droit, accompagnée de douleurs très-intenses; ces douleurs avaient débuté pendant la nuit précédente. L'œil offrait une injection conjonctivale et sous-conjonctivale peu prononcée, un larmoiement considérable, et on voyait en haut sur la cornée, à 1 millimètre de distance du limbe conjonctival vascularisé, une tache à peine perceptible. Cette tache, examinée à l'éclairage oblique, présentait des bords diffus et une coloration jaune claire. Après m'être bien convaincu qu'elle n'avait pas été amenée par la présence d'un corps étranger, j'ordonnai au malade une solution d'atropine, des sangsues à la tempe, une purgation saline et un bain de pieds avec de l'eau régale. Le jour suivant, le malade se plaint d'avoir éprouvé les mêmes douleurs vives pendant la nuit, et je pus constater la formation d'une nouvelle petite tache tout près de l'ancienne; celle-ci s'était un peu étendue. Les accès de douleurs névralgiques périorbitaires se renouvelèrent chaque nuit, et précédèrent la formation de nouveaux petits abcès. Le traitement antiphlogistique, de même que l'usage de doses de 60 centigrammes de sulfate de quinine, n'eurent aucune influence sur la marche de la maladie. C'est alors que j'eus recours, dix jours après le début du traitement, à l'emploi des compresses chaudes. Malheureusement, le malade éprouva, à cette époque, des chagrins

de famille, de sorte que l'emploi de ce remède ne fut fait que très-irrégulièrement. Lorsque le malade revint, trois semaines après le commencement de mon traitement, son état était très-peu satisfaisant. Quatre abcès, gros comme une tête d'épingle, s'étaient formés et étaient entourés de plusieurs points blanchâtres. On voyait, en outre, des épanchements interlamellaires ressemblant à de petits ruisseaux d'un fluide laiteux, se dirigeant de ces abcès vers la partie inférieure de la cornée; un hypopion peu considérable occupait la chambre antérieure, et l'iris commençait à se contracter et à résister à l'action de l'atropine; le malade continuait à être tourmenté chaque nuit par des névralgies ciliaires très-intenses; la gravité de l'affection oculaire était trop évidente pour que j'éprouvasse de grandes difficultés à convaincre cet homme du danger qui le menaçait, et je parvins à lui faire employer les compresses chaudes pendant douze heures chaque jour. Dès que ce remède fut appliqué convenablement, les douleurs névralgiques cessèrent, l'hypopion se résorba, les parties infiltrées de la cornée situées entre les abcès commencèrent à s'éclaircir, et, peu à peu, les abcès disparurent. L'emploi des compresses fut continué pendant trois semaines, et ne fut abandonné que par le départ du malade; il ne restait qu'une toute petite tache infiltrée à la place du premier abcès; le reste de la cornée était parfaitement transparent, et tout symptôme inflammatoire de l'œil avait complétement disparu.

2° Une autre affection dans le traitement de laquelle les compresses chaudes ne sont pas d'une efficacité moins évidente, c'est la kératite diffuse ou parenchymateuse. Cette maladie débute de la manière suivante : on voit la cornée d'un œil parfaitement sain être prise d'une infiltration partielle, le plus souvent excentrique. Cette infiltration est d'un gris assez clair; le tissu cornéen affecté semble légèrement boursouflé, et la couche épithéliale est comme lacérée par des coups d'épingle. La maladie a une marche excessivement lente; l'injection de l'œil est peu forte; l'infiltration gagne lentement en étendue, et se propage peu à peu sur toute la cornée; La résorption ne se fait qu'à la suite d'une vascularisation de la cornée; lorsque des vaisseaux se sont propagés de la conjonctive sur cette membrane, elle s'éclaircit de la périphérie vers le centre, qui reste le plus longtemps trouble. La vue est excessivement gênée par cette infiltration, et, le plus souvent, les patients se trouvent dans le plus grand embarras, parce que, presque toujours, la maladie gagne aussi le second œil. Du reste, cette maladie n'offre guère de danger; elle n'est embarrassante, pour le malade et le médecin, que par le temps fort long (trois à six mois) qu'elle met à disparaître, et elle ne devient dangereuse que lorsqu'elle est traitée par un médecin qui, ne la connaissant pas, veut forcer sa marche par des médicaments irritants.

M. de Graefe avait observé que, lorsque des personnes atteintes de cette maladie gagnaient par l'inoculation une inflammation de la conjonctive, la cornée commençait à se vasculariser, et la maladie disparaissait alors très-vite. Comme on est maître de provoquer, par l'emploi continu de compresses chaudes, un boursouflement et un léger état purulent de la muqueuse, M. de Graefe a essayé ce moyen dans les cas de kératite diffuse, et en a vu résulter une guérison assez prompte. La vascularisation de la cornée se fait rapidement, aussitôt que la conjonctive se boursoufle et commence à sécréter une masse muco-purulente. Ces observations ont été répétées bien souvent depuis ce temps-là, et on s'est convaincu qu'il est possible d'abréger considérablement cette maladie par l'emploi des compresses chaudes.

3° Les ulcères atoniques de la cornée, qui nécessitent l'emploi de la chaleur humide, se rencontrent chez les personnes délabrées, à la suite de maladies qui entravent considérablement la nutrition ; ils peuvent être encore le résultat d'une lésion traumatique. Ces ulcères se caractérisent, de même que les infiltrations asthéniques, par le manque d'un bord grisâtre qui les entoure, et qui est dû à un gonflement des corpuscules du tissu cornéen. Le fond, et surtout les bords de l'ulcère, ont une couleur d'un jaune clair provenant de petits flocons du tissu nécrosé, ce qu'on observe surtout en les examinant à l'aide de l'éclairage oblique. Ces ulcères ont beaucoup de tendance à produire des hypopions (ce qui leur a fait donner le nom d'*ulcère à hypopion* par M. Roser) [1] ; ils peuvent gagner les parties profondes de la cornée et amener une perforation, et, par là, souvent la destruction de l'œil. La médication antiphlogistique, appliquée en pareil cas, ne fait qu'accélérer ce résultat déplorable, tandis qu'un emploi régulier des compresses chaudes jusqu'à la production d'un bord grisâtre autour des ulcères, ou, ce qui vaut encore mieux, jusqu'à leur vascularisation, détourne souvent tout danger.

4° Les lésions traumatiques qui, par leur tendance à donner lieu à la nécrose du tissu cornéen, indiquent l'emploi de la chaleur humide, sont consécutives à des opérations pratiquées sur l'œil, comme par exemple l'extraction de la cataracte. Nous voyons chez des personnes âgées et faibles, chez lesquelles la peau est très-mince, survenir une infiltration gris jaunâtre qui, partant du bord de la plaie, gagne rapidement toute la cornée et entraîne la suppuration de l'œil.

---

[1] *Archiv. für Angenheilkunde*, Bd. II, abth. II.

Cette infiltration n'est pas due à ce que le lambeau n'est pas bien en contact avec le reste de la cornée ; elle n'est pas non plus causée par une inflammation des parties profondes de l'œil consécutive à un iritis, mais elle est simplement le résultat d'un manque de nutrition. Cela se rencontre aussi à la suite d'autres opérations qu'on fait subir aux personnes très-âgées, beaucoup d'entre elles présentant une tendance à la suppuration et à la gangrène.

On croyait autrefois pouvoir arrêter la marche de la suppuration par l'emploi de l'eau froide et même de la glace, et par les déplétions sanguines, mais on est bien revenu de cette pratique, qui n'a donné que des résultats très-défavorables.

Pour éviter les mauvaises suites de l'opération de la cataracte par lambeau chez des personnes très-âgées, on fera bien d'agir de la manière suivante :

On appliquera immédiatement après l'opération un bandeau compressif de flanelle, qui, non-seulement aura l'avantage de favoriser la réunion bien exacte de la plaie, mais qui évitera en même temps le refroidissement de l'œil et parviendra à produire une congestion salutaire vers cet organe. Le bandeau sera renouvelé toutes les vingt-quatre heures, et aussitôt qu'on aura vu que cette infiltration torpide gagne le lambeau, on emploiera avec persévérance les compresses chaudes. J'ai vu assez souvent s'arrêter les progrès du mal après leur emploi, et dans le cas où cela ne fut pas possible, on parvenait du moins à éviter la destruction complète de l'œil et on a pu limiter la suppuration aux parties antérieures du globe. Dans ce cas, les compresses, qui procurent un grand soulagement pour le malade, doivent être employées jour et nuit, et on les fera appliquer par des personnes habituées à soigner des opérés, car il faut éviter d'exercer aucune pression sur l'œil en plaçant et renouvelant les compresses.

De même qu'après l'opération de la cataracte, nous voyons survenir, à la suite de certaines lésions traumatiques, des suppurations indolentes de la cornée, avec production rapide d'un hypopion considérable. On observe encore des ulcérations très-pernicieuses avec un fond jaunâtre et un bord blanc chez des personnes qui, pendant le temps de la moisson, se sont blessées avec les barbes d'un épi de blé. L'ulcère gagne rapidement en profondeur, en même temps que du pus mêlé avec de la fibrine coagulée s'accumule dans la chambre antérieure.

Les moyens antiphlogistiques se montrent dans ces cas presque toujours impuissants, et ne parviennent pas à prévenir la destruc-

tion de l'œil ; ce n'est que par l'emploi des compresses chaudes que l'on peut voir ces ulcères se ranimer, prendre une couleur grisâtre, l'hypopion se résorber, et peu à peu la cicatrisation se faire.

Pour ce qui regarde le traitement des maladies de la cornée en général, nous sommes convaincu que les compresses chaudes remplaceront à l'avenir presque dans tous les cas les compresses froides, car il s'agit ici le plus souvent de relever la nutrition, et non de combattre un excès d'inflammation. Il en sera tout autrement pour le traitement des maladies de la conjonctive. Dans ces cas les compresses froides garderont la place qu'elles occupent avec un droit si légitime. Il n'y a que deux affections de la conjonctive où on pourra être amené à faire usage des compresses chaudes, et cela avec un avantage prononcé. Ce sont les granulations chroniques et la diphthérie de la conjonctive à l'époque où elle se transforme en ophthalmie purulente, et quand cette transformation tarde à se produire.

Les granulations chroniques (ou trachome) sont d'autant plus persistantes, et la destruction du tissu conjonctival d'autant plus imminente, qu'elles ne sont pas accompagnées d'une réaction inflammatoire du côté de la muqueuse. L'inflammation de cette dernière est en quelque sorte curative, parce qu'elle facilite la résorption des produits néoplastiques déposés dans la conjonctive. Il faut un certain degré d'inflammation et de boursouflement de la muqueuse pour qu'on puisse voir rétrograder les granulations. Voilà la raison pour laquelle nous employons les cautérisations réitérées, non pour détruire directement le tissu néoplastique des granulations, qui est trop intimement lié à celui de la muqueuse, mais afin de provoquer cette inflammation salutaire de la muqueuse.

Dans ce but on a recommandé (M. Piringer) et on emploie (en Belgique) les inoculations d'une ophthalmie purulente sur ces conjonctives hérissées de granulations sèches et pâles, accompagnées d'un pannus de la cornée. L'inflammation purulente qui s'ensuit fait non-seulement disparaître le pannus, mais en même temps nous voyons les granulations disparaître.

L'inoculation d'une ophthalmie purulente n'est pas un moyen exempt de grands dangers, parce qu'on n'est pas maître de l'inflammation qu'on provoque. Cette inflammation peut prendre les caractères d'une diphthérie, fatale à l'œil qu'on voulait débarrasser d'une maladie moins grave. On évitera avec non moins de soin l'inoculation pour tous les cas où un seul œil est malade, parce qu'elle offrirait trop de dangers pour l'autre.

Voulant remplacer en pareil cas un moyen dangereux par un autre inoffensif, M. de Graefe recommande de se servir des compresses chaudes, qui sont, il faut en convenir, moins efficaces, mais qui en même temps n'exposent à aucun danger. Les compresses chaudes provoquent dans ces cas un boursouflement de la muqueuse avec une sécrétion muco-purulente, état qui favorise la décomposition et la résorption des granulations. Il faut avouer qu'il y a des cas où la conjonctive est si complétement envahie par les granulations, que les compresses chaudes ne parviennent pas à provoquer un état inflammatoire suffisant, et c'est alors qu'on serait autorisé à avoir recours à l'inoculation.

Une autre affection de la conjonctive peut nécessiter une application passagère des compresses chaudes, c'est la diphthérie conjonctivale en voie de transformation en ophthalmie purulente. La diphthérie conjonctivale est caractérisée par une exsudation fibrineuse dans le tissu de la conjonctive. Cette exsudation, après avoir persisté quelque temps, est éliminée ou résorbée en partie, et la muqueuse présente alors tous les caractères d'une ophthalmie purulente. La période de l'infiltration fibrineuse du tissu conjonctival, lorsqu'un arrêt presque complet de la circulation a lieu, que la conjonctive fortement épaissie est pâle et jaunâtre, est la plus dangereuse pour la cornée; ce n'est que quand un état purulent de la muqueuse lui a succédé, que l'organe affecté est moins en danger, parce qu'alors la circulation se ranime de plus en plus. Nous ne possédons aucun moyen pour accélérer à ses débuts cette transformation de la diphthérie en ophthalmie purulente. Ce n'est qu'à l'époque où la vascularisation du tissu infiltré de la conjonctive commence à se manifester par l'apparition d'un certain nombre de petits vaisseaux et par une transsudation séreuse à la surface de la conjonctive (qui devient alors fortement miroitante) qu'il nous est possible d'accélérer cette transformation en état purulent. Nous y parviendrons en ayant recours aux compresses chaudes, mais employées avec beaucoup de précautions. Il ne faudra les appliquer que deux à trois heures et bien surveiller l'effet qu'elles produisent; on les remplacerait aussitôt par des compresses froides, si l'on voyait qu'elles ne produisent pas un effet favorable sur la vascularisation de la conjonctive. On trouvera des indications plus précises sur ce sujet dans ma thèse sur la diphthérie de la conjonctive (1).

(1) De la conjonctivite purulente et de la diphthérie de la conjonctive, au point de vue du diagnostic différentiel et de la thérapeutique. J.-B. Baillière et fils, 1861.

En résumant les indications pour l'emploi des compresses chaudes, nous trouvons que ce sont surtout les affections à caractère torpide de la cornée qui les nécessitent le plus, comme les infiltrations, les abcès, les ulcères atoniques et la kératite diffuse. Qu'on ne craigne pas de provoquer par la mise en œuvre do la chaleur humide une suppuration d'une partie nouvelle de la cornée ; au contraire, on verra presque toujours par l'emploi de ce moyen la suppuration se limiter et ne pas dépasser les parties qui étaient déjà envahies par une infiltration profonde, et où une suppuration était inévitable. L'iritis, qui accompagne souvent ces affections de la cornée, ne contre-indique nullement l'emploi des compresses chaudes. Au contraire, je crois que certains cas d'iritis seront traités avec avantage par leur emploi, mais il me manque à ce sujet l'expérience nécessaire pour pouvoir me prononcer d'une manière précise sur leur valeur.

Quant à ce qui regarde le traitement des maladies de la conjonctive, les compresses chaudes ne pourront jamais remplacer l'application des réfrigérants, et ce ne sera quo dans des limites très-restreintes qu'on pourra employer avantageusement la chaleur humide dans le traitement des granulations chroniques et de la diphthérie conjonctivale. D[r] Louis Wecker.

Eclampsie puerpérale; trente et une attaques; albuminurie; urémie; coma; six affusions froides; guérison.

L'observation de coma éclamptique traité par les affusions froides que vous avez publiée dans votre avant-dernier numéro (p. 122), m'a rappelé l'histoire d'une malade que j'ai traitée par le même moyen, dans des circonstances analogues, et qui, plus heureuse que la malade de M. Hagen, a dû son salut à ce puissant agent thérapeutique. Cette observation pourra, je crois, intéresser vos lecteurs. Je l'ai recueillie au lit de la malade, près de laquelle j'ai passé trois jours et trois nuits, m'obstinant à poursuivre un résultat que des praticiens extrêmement distingués avaient jugé impossible. En voici un court résumé :

Obs. C. R***, âgée de vingt et un ans, était entrée à l'hôpital civil de Strasbourg (service de M. le professeur Küs), le 30 mai 1857, pour des accidents syphilitiques, qui avaient disparu au bout de quatre semaines, après un traitement par l'iodure de potassium. Elle était enceinte pour la première fois et comptait encore quelques semaines. Le 27 juin, elle dit éprouver les approches du travail. Le 28, de grand matin, elle fut prise d'attaques d'éclampsie.

On l'évacua à la clinique obstétricale (service de M. le professeur agrégé Herrgott) après la quatrième attaque. Le travail était à peine commencé. Les attaques se suivirent alors de près. Coma complet et non interrompu à partir de la neuvième. L'accouchement se fit le 29, à quatre heures du matin, au moment où M. Herrgott se proposait d'appliquer le forceps. Fœtus mort, de huit mois. Deux nouvelles et dernières attaques précédèrent la délivrance. Il y avait eu en tout trente et une attaques. On avait employé jusqu'à ce moment les injections émollientes dans le vagin, la saignée, la glace sur la tête, puis vingt sangsues. Le chloroforme, administré au début du vingt-quatrième accès, dès que les traits de la face commencèrent à grimacer, produisit une exaspération si notable de l'accès nerveux, qu'on y renonça.

L'albumine fut constatée dans l'urine, après le quinzième accès. (On n'avait pas pu obtenir d'urine plus tôt, la vessie se vidant continuellement.)

La température de l'aisselle, qui avait été de 40 degrés après la septième attaque, monta à 41 degrés, après la trentième, et à 41°5 après la délivrance.

Après le trente et unième accès, la malade resta dans le coma, la respiration silencieuse, variant entre 50 et 60, le pouls entre 140 et 160, parfois irrégulier, intermittent. Une seconde saignée ne fut suivie d'aucun changement.

Le sang de cette saignée, soumis immédiatement à l'analyse chimique par M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital, contenait 0,0519 pour 100 d'urée, c'est-à-dire plus du triple de la moyenne physiologique.

Dans l'après-midi, on administra un purgatif (calomel et jalap). On appliqua des sinapismes; le premier ne produisit pas d'effet; le second, qui resta appliqué vingt minutes, provoqua quelques mouvements convulsifs de la face et des bras. Un accès était imminent, on se hâta d'enlever le sinapisme.

A six heures du soir, l'état de la malade allait s'aggravant de plus en plus. M. Herrgott et M. Küs avaient porté tous deux un pronostic désespéré. La respiration était toujours entre 50 et 60, le pouls, presque insensible, entre 140 et 160, parfois plus fréquent, ne pouvant plus être compté, disparaissant même complétement, irrégulier et intermittent. La malade s'éteignait.

Je lui fis alors deux affusions froides à quelques minutes d'intervalle. Il n'y eut pas d'effet immédiat appréciable ; mais trois quarts d'heure après, le pouls était plus régulier, plus fort, moins fréquent (130 environ). Cet amendement, qui s'était produit insensiblement après les affusions, dura environ une demi-heure ; la température de l'aisselle était revenue à 41 degrés, et la malade exécutait quelques mouvements des extrémités. Puis, la peau redevient plus chaude, le coma plus profond. Je répétai les affusions (deux à un quart d'heure d'intervalle). La malade s'agitait pendant qu'elle les recevait, mais retomba dans le coma et l'immobilité. Cependant, le pouls et la respiration se ralentissaient un peu, et la peau ne redevenait plus aussi chaude. La malade eut une selle, elle redevint

sensible aux impressions douloureuses, mais son état mental ne changea pas.

Le 30, à quatre heures du matin, cinquième affusion, faite du haut d'une chaise. Pendant qu'elle la reçut, la malade s'agita vivement et ouvrit les yeux pour la première fois. Le rafraîchissement de la peau dura assez longtemps, la fréquence du pouls diminua; néanmoins ce résultat ne fut que passager.

Deux heures plus tard, sixième affusion, faite comme la précédente, mais avec de l'eau glacée. A la suite de celle-ci, l'état de la malade s'amenda très-notablement. La respiration descendit à 30, le pouls à 112. La malade s'agitait beaucoup; elle sentait et faisait la grimace quand on lui pinçait la peau; elle avait la sensation de la soif et buvait avidement. Les autres fonctions cérébrales étaient toujours abolies.

A quatre heures du soir, pouls à 92, respiration à 22. La malade ouvre les yeux, mais ne reconnaît personne.

Le 1er juillet, elle commence à comprendre les questions qu'on lui adresse, puis elle demande à boire. Urines *non* albumineuses. On remplaça la vessie à glace par des compresses trempées dans de l'eau glacée, qu'on supprima le soir.

Le 2 et le 3, tous les symptômes continuent à s'amender. Les lochies coulent, les seins se tendent. La convalescence fut entravée, le 4, par l'apparition d'une pneumonie d'ailleurs fort circonscrite, qui passa rapidement à résolution après l'usage d'une potion stibiée. A partir du 9 juillet, la malade eut des hémoptysies plusieurs jours de suite. On apprit alors qu'elle en avait eu plusieurs antérieurement et qu'elle toussait depuis un an. L'examen de la poitrine fit trouver vers l'angle de l'omoplate gauche un point circonscrit où la respiration était un peu soufflante et la sonorité diminuée. C'est autour de ce point que la pneumonie s'était développée, le 4.

Le reste de la convalescence ne présenta de particulier qu'une céphalalgie opiniâtre, qui disparut dès que la malade se leva. Elle quitta l'hôpital, le 24, en bonne santé, sauf ses turbercules pulmonaires.

On peut se demander si c'est bien aux affusions froides qu'il faut attribuer la pneumonie, qui vint un instant entraver la convalescence. Son apparition le quatrième jour seulement après la dernière affusion, son siége au niveau d'un foyer tuberculeux, sa résolution rapide permettent à la rigueur d'en douter. Mais en mettant même cette complication sur le compte des affusions, je ne crois pas que ce soit là un danger véritable, et on peut y échapper sans doute en procédant avec prudence et en évitant surtout de mouiller le lit des malades. Au reste, de l'aveu de tous ceux qui ont vu notre éclamptique, c'est aux affusions froides qu'elle a dû sa guérison, et certes ce n'était pas la payer trop cher que de l'obtenir au prix d'un accident de peu de gravité et facile à éviter dans d'autres cas.

E. Fritz.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du régime considéré comme moyen thérapeutique, par M. le docteur J.-B. Fonssagrives, médecin en chef de la marine, professeur de pathologie interne et de thérapeutique générale à l'Ecole de médecine de Brest, l'un des rédacteurs des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, lauréat de l'Institut, membre correspondant de l'Académie royale médico-chirurgicale de Turin, et de la Société des sciences et belles-lettres de Rochefort, chevalier des ordres impériaux de la Légion d'honneur, de Sainte-Anne de Russie, de la Rose du Brésil, et de Saint-Stanislas de Russie.

En plusieurs endroits de son livre, M. le docteur Fonssagrives semble craindre qu'à le voir traiter de l'hygiène alimentaire dans ses rapports avec la thérapeutique des maladies, on ne le soupçonne d'incliner vers le scepticisme médical; c'est là un scrupule excessif, que ne comprendront ni ceux qui liront ce livre, ni ceux qui connaissent déjà les travaux intéressants de notre très-distingué confrère de Brest. Pour nous, qui ne laissons passer rien du savant professeur sans le lire et le méditer, parce que, sous ce nom, dont l'auréole ne commence à briller que depuis quelques années, nous savons que se cache une noble et belle intelligence; pour nous, dis-je, loin de suspecter de scepticisme M. le docteur Fonssagrives, nous inclinerions plutôt à craindre que, dans quelques cas, il ne s'exagérât un peu les certitudes de la science; mais, hâtons-nous de l'ajouter, cela même nous nous garderions bien de le lui imputer à mal. M. Fonssagrives est jeune encore; à peine s'il touche à la maturité de l'âge, non la maturité rêvée de M. Flourens, mais cette maturité dont l'évidence consciente, pour me servir d'un excellent mot de M. Giraud Teulon, est saisie par tous; et, en de telles conditions, ce n'est point un mal de se surfaire quelque peu à soi-même la portée de la science qu'on cultive; cette foi évidente est un stimulant de l'intelligence; elle est le viatique de l'esprit dans les étapes laborieuses qu'il doit successivement parcourir pour arriver à la vérité. D'un autre côté, ce saint enthousiasme, surtout s'il a le cœur pour complice, réagissant sur la pratique, l'étend, la féconde; et quand, se communiquant aux malades comme par une sorte de contagion morale, il en raffermit l'âme, la relève, il peut faire des miracles.

Non, M. le docteur Fonssagrives n'est point un sceptique qui, révoquant en doute l'efficacité de la thérapeutique proprement dite,

se réfugie, par un coup de désespoir, dans la *matière* de l'hygiène, pour demander à l'ensemble des modificateurs, compris sous cette rubrique, les moyens qu'il n'a pas rencontrés dans la matière médicale; posant et très-énergiquement la légitimité de cette dernière, il cherche à rétablir entre l'une et l'autre une alliance qui ne peut tourner qu'au profit de l'art. Tel est le but très-nettement déterminé que le médecin de Brest se propose dans le nouveau livre qu'il publie en ce moment, et dont nous allons tout d'abord indiquer la simple et naturelle économie. Dans un premier livre, l'auteur traite des aliments et des boissons, considérés comme éléments de la diététique dans les maladies. S'il nous était permis de parcourir seulement la table des matières contenues dans ce premier livre, on verrait combien de questions et de questions du plus haut intérêt pour les malades, reposent sous cette rubrique vulgaire. M. Fonssagrives n'a reculé devant aucun détail : un esprit moins élevé eût pu s'arrêter devant quelques-unes de ces questions; le savant, l'honnête médecin de Brest ne connaît point ces défaillances, et quand une matière lui paraît utile à développer, il le fait sans s'inquiéter de savoir si à descendre ainsi, la science ne cotoie pas ce qui n'est plus la science. Pour nous, nous l'avouerons en toute franchise, nous avons rencontré là des données que nous n'avons point trouvées ailleurs, et qui sont utiles à tous. Dans un deuxième livre, l'auteur traite, avec non moins d'ampleur dans les détails, des voies et modes d'alimentation, de l'ordonnance des repas dans les périodes des maladies qui les appellent, et du régime hospitalier. Dans le troisième livre, M. Fonssagrives s'applique à démontrer les conditions morbides ou physiologiques qui commandent le régime alimentaire. Dans un quatrième et dernier livre enfin, notre savant et consciencieux auteur traite des différentes diètes ou des régimes exclusifs ; diètes ou régimes qu'il comprend sous les noms suffisamment significatifs de diète négative ou abstinence, de diète sèche ou xérophagie, de diète végétale, de diète animale ou fibrineuse, enfin, de diète lactée ou galactothérapie.

A qui s'est mesuré avec les difficultés de la pratique, il suffit de cette indication sommaire pour comprendre combien de là partout doivent sortir de questions dont la solution nette et précise importe au salut des malades. Le livre de M. Fonssagrives, marqué au coin d'une grande prudence et d'une profonde sagacité, à quelque époque qu'il se produisît, viendrait toujours à son heure; mais ce qui le rend encore plus opportun aujourd'hui, c'est que la médecine contemporaine tend à se laisser emporter par le courant d'idées brow-

niennes, résultat d'une réaction salutaire, mais qui, si elles dépassaient ce but, ne seraient pas sans périls.

L'ouvrage du savant médecin de Brest, s'il obtient la publicité que nous souhaitons, et à laquelle nous voudrions pouvoir aider plus efficacement que par ces lignes écrites au courant de la plume, nous paraît appelé à mettre un frein à cette réaction et à la contenir dans les limites de la vérité. Pour justifier ce que nous venons dire, nous pourrions nous appliquer à faire ressortir ici un grand nombre de chapitres de l'ouvrage que nous cherchons en ce moment à faire apprécier; mais comme le temps et l'espace nous manquent tout à la fois, nous nous contenterons de faire, d'un trait rapide, quelques remarques sur ce point de pratique si important.

Tout le monde sait qu'en Angleterre et dans plusieurs contrées de l'Allemagne on a émis sur la diététique des maladies aiguës, et plus spécialement de la fièvre typhoïde, des idées qui tout d'abord nous ont paru au moins fort étranges dans ce journal même, dont l'esprit libéral fait un bon accueil à tout ce qui porte le caractère d'une conviction sincère et d'une honnêteté non douteuse. Un médecin distingué, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Paris, M. Monneret, s'est efforcé de mettre en lumière l'efficacité de cette méthode. M. Fonssagrives reprend à son tour ces idées, et s'attache à démontrer que la thérapeutique diététique à laquelle elles concluent, se comprend difficilement en face des lésions traumatiques dont elles font en quelque sorte abstraction. Presque tout ce qu'écrit à cet égard notre habile confrère, nous le signerions volontiers nous-même. Pourtant, nous avouerons que si nous refaisions ce travail, nous tendrions à nous montrer un peu moins absolu dans la restriction qu'il apporte à la méthode thérapeutiqne dont il s'agit. Nous aussi, nous sommes convaincu que, dans les fièvres typhoïdes vraies, graves et toujours de longue durée, les malades meurent bien moins par le fait des lésions que l'anatomie constate, que par l'*affamation* (pardon pour ce mot d'un français douteux, mais qui rend d'une façon plus accentuée notre pensée) de l'organisme. Que l'adynamie, sous l'atteinte de laquelle celui-ci succombe dans ces cas, ait sa cause dans l'action spéciale du principe étiologique de la maladie, ou qu'elle résulte, ce qui est moins probable, de la durée du mal, je ne le recherche pas; ce qui est certain, c'est le fait, et ce qu'il faut, avant tout et autant qu'on le peut, c'est de prévenir cette mortelle défaillance. L'alimentation prématurée peut-elle prévenir ce résultat? Voilà une partie de la question; mais ce

n'est pas toute la question. Il ne suffit pas que les malades ingèrent, il faut qu'ils digèrent; et peuvent-ils réellement digérer quand la chaleur est brûlante, le pouls d'une excessive fréquence, le système nerveux à moitié sidéré, la langue momifiée, et qu'une invincible répugnance pour les aliments témoigne plus énergiquement encore de la stupeur du sens pepsique. Je ne sais si les idées broussaisiennes, qui m'ont séduit par leur simplicité, avant même qu'une science suffisante me permît de m'en défendre, règnent encore quelque peu dans un coin de mon esprit; comme à la suite d'un mauvais rêve, on est quelque temps à se remettre au diapason des émotions normales de la vie; dans tous les cas, je tendrais plutôt à suivre ici les conseils de prudence de M. Fonssagrives qu'à me risquer dans les témérités du professeur de pathologie interne de la Faculté de Paris : non, je me hâte de l'ajouter, que je misse mes malades en pareil cas à l'eau de gomme pendant quinze, vingt ou trente jours, comme on l'a fait ; mais, comme j'estime, suivant le mot de M. Andral, que ne pas saigner, ce n'est pas donner du quinquina; nourrir, ce n'est pas nécessairement donner des côtelettes ou du bifteck. Nous pensons, d'ailleurs, qu'en ces délicates circonstances, il faut se souvenir de la morale cachée sous la fameuse expression de l'*aer romanum* de Baglivi, et que *John Bull* et *Jack Frog* ont chacun une idiosyncrasie distincte, et ne répondent pas de même aux mêmes excitants.

Puisque nous avons dit un mot de l'alimentation dans la fièvre typhoïde; pour montrer, par un exemple, l'importance pratique des questions agitées dans l'ouvrage de notre distingué confrère; qu'on nous permette, sans sortir du cercle de cette maladie, et pour ne pas faire de cette courte notice une marqueterie sans aucune signification, de signaler encore quelques idées originales de l'auteur, qui ont également trait à la fièvre typhoïde, considérée à un autre point de vue.

Dans la pensée du professeur de Brest, comme, du reste, dans la pensée de plusieurs bons esprits, en réduisant à l'unité les fièvres continues, nos maîtres à tous, et surtout MM. Louis, Chomel, Andral, Grisolle, ont confondu des choses, qui, à plusieurs titres, doivent être essentiellement distinguées. Cette question n'est pas une question de pure nosologie : le pronostic, la thérapeutique y sont à des degrés divers formellement impliqués. Bien que M. Fonssagrives n'ait guère fait qu'esquisser ses idées sur ce point, cette simple esquisse, de la part d'un esprit si juste, vaut au moins la peine d'être indiquée. L'auteur commence d'abord par séparer

nettement de la fièvre typhoïde proprement dite la fièvre éphémère et la fièvre synoque : sur ce point, il y avait de nombreuses autorités sur lesquelles il pouvait s'appuyer, et il l'a fait ; si nous l'avons bien lu, il y a cependant un auteur contemporain qu'il a omis, c'est M. le professeur Gintrac, de Bordeaux. Cette omission, nous la regrettons d'autant plus que c'est évidemment ce médecin distingué qui a mis le plus énergiquement en relief la distinction nosologique dont nous nous occupons en ce moment. Quoi qu'il en soit à cet égard, ce qu'ont établi, de la manière la plus positive, quelques auteurs contemporains, le médecin de Brest s'est efforcé de le confirmer par le témoignage de sa propre observation. Mais l'auteur ne s'est point arrêté là dans ces déterminations : la fièvre muqueuse proprement dite, qu'il désigne sous le nom de *fièvre rémittente dyspeptique*, et qui, malgré ce titre, n'a rien à démêler avec l'impaludisme, la fièvre muqueuse, suivant notre auteur, doit-elle aussi être séparée comme détermination morbide, nettement définie, de la fièvre typhoïde ? Quelques faits que nous avons nous-même observés, dans des conditions précisément analogues à celles dont parle l'auteur de l'*Hygiène alimentaire des malades*, nous ont plus d'une fois porté à nous poser la question de la légitimité de cette distinction. La solution devant laquelle nous avons reculé, le professeur de Brest la pose résolûment : je veux le citer textuellement sur ce point, et c'est par là que je termine : « La fièvre typhoïde légère se rapproche de cette maladie, dit-il ; mais, on évitera l'erreur, en se rappelant : 1° que la diarrhée est la règle dans la fièvre typhoïde, l'exception très-rare, au contraire, dans la fièvre rémittente dyspeptique ; 2° que dans cette dernière, on ne constate ni le ballonnement du ventre, ni ce râle sonore universel qui se rencontre dans la fièvre typhoïde la plus légère, en signale presque constamment le début, ce que je considère, pour mon compte, comme un de ses meilleurs caractères diagnostiques ; 3° que le calme, l'absence complète de malaise, même de céphalalgie, contrastent, dans la fièvre rémittente dyspeptique, avec l'agitation, l'insomnie, les troubles cérébraux ou nerveux, qui à la différence près de l'intensité, sont le cortége invariable de la fièvre typhoïde la moins grave. » Nous inclinons à croire, nous le répétons, que cette distinction nosologique ressort de la nature même des choses plus profondément scrutées, et pourtant un doute nous reste : Cette fièvre met-elle ou ne met-elle pas à l'abri de la fièvre typhoïde ? La réponse à cette simple question, si elle était possible, dans l'état de la science, mettrait fin au doute que nous venons d'exprimer ; nous regrettons que

M. Fonssagrives n'ait point touché à ce côté du problème qu'il s'est proposé d'élucider. Au reste, si nous nous souvenons bien, le médecin de Brest doit revenir un jour sur ce point de doctrine; qu'il nous permette de lui signaler cette lacune dans sa lucide et nerveuse discussion :

Macte novâ virtute puer, sic itur ad astra.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emphysème généralisé (pulmonaire, médiastin et sous-cutané), principalement chez les enfants. — M. le docteur Henri Roger, médecin de l'hôpital des Enfants, vient de lire à l'Académie de médecine un important mémoire sur l'emphysème généralisé. En voici le résumé.

Dans des cas très-rares, dit M. Roger, chez des malades, surtout des enfants, atteints d'une affection aiguë des voies respiratoires, on voit se développer soudainement, sur les côtés du cou, une tumeur molle, avec crépitation caractéristique, tumeur circonscrite qui s'étend bientôt, en tous sens, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ces cas extraordinaires, il existe un *emphysème à siége triple*, c'est-à-dire occupant à la fois le poumon où il commence, le tissu cellulaire du médiastin qu'il traverse, et le tissu cellulaire extérieur où il arrive finalement pour s'étendre plus ou moins loin sous la peau : cet état pathologique complexe, rarement rencontré et peu connu des praticiens (Voy. les mémoires de MM. Ménière, 1829, Natalis Guillot, 1853, et Ozanam, 1856), je l'ai décrit sous le nom d'*emphysème généralisé*, et j'ai tracé cette description d'après 19 observations, dont 9 ont été recueillies et publiées par moi de concert avec M. Blache, et les 10 autres empruntées à différents auteurs : ce sont à peu près les seules qui existent dans la science.

Étiologie. — *L'emphysème généralisé*, exceptionnel dans la vieillesse, très-rare dans l'âge adulte, est relativement beaucoup plus fréquent dans l'enfance et surtout dans les premières années (sur 19 emphysémateux, 15 étaient âgés de moins de quatre ans). — La fréquence relative de l'emphysème médiastin et sous-cutané dépend de la fréquence même des affections des organes respiratoires, qui, par suite de la violence de la toux, produisent chez les jeunes sujets de l'*emphysème pulmonaire aigu*. Dans près de la moitié des cas, la maladie primitive qui a précédé l'emphysème généralisé est la coqueluche.

Anatomie pathologique; origine de l'infiltration gazeuse. — Dans l'emphysème à siége multiple il n'y a point production spontanée d'un gaz par exhalation ou par fermentation morbide, comme dans certaines affections gangréneuses, charbonneuses.

Le gaz infiltré dans le tissu cellulaire de la peau (et celui qui est épanché dans les médiastins) est l'air de la respiration, sorti de ses voies par rupture des conduits aériens ou déchirure du parenchyme pulmonaire. — L'autopsie démontre l'existence simultanée de l'emphysème dans le poumon avec toutes ses variétés (vésiculaire, interlobulaire et interlobaire), dans les médiastins (criblés de vésicules, d'ampoules aériennes, et semblables au tissu cellulaire insufflé des animaux de boucherie), dans le tissu conjonctif de la périphérie du corps. — Voici la filiation des altérations cadavériques : le fluide élastique épanché sous la peau, c'est l'air du médiastin, c'est l'air du poumon qui, pour arriver au dehors, a suivi la voie insolite que lui a faite la maladie, se propageant du tissu cellulaire intra-thoracique au tissu extra-thoracique, au moyen de la continuité anatomique de ce tissu. — *L'emphysème médiastin* provient, soit du passage direct de l'air de la respiration à travers le tube laryngo-trachéal, soit de l'extension de l'emphysème pulmonaire. — Qu'un poumon soit très-emphysémateux, qu'il présente à sa surface, près de sa racine, des ampoules sous-pleurales, et dans son intérieur des cavités aériennes, l'emphysème médiastin pourra se produire de deux façons : 1° la masse d'air sous-pleural, poussée par des quantités de fluide élastique échappées des bronches pendant de violents efforts de respiration, décolle la plèvre sans la rompre, et chemine jusqu'au point de réflexion de celle-ci ; cette masse d'air manquant alors de parois qui l'emprisonnent, s'épanche dans le tissu cellulaire du médiastin ; 2° une ampoule profonde se rompant, l'air passe du tissu intervésiculaire dans la gaîne celluleuse des bronches et des vaisseaux sanguins, puis chemine le long de ces canaux jusqu'à la racine du poumon, point où il pénètre dans le médiastin et s'y infiltre. — Cette migration de l'air infiltré, du poumon au médiastin, et du médiastin au tissu cellulaire externe, se fait pendant les accès de dyspnée suffocante de la pneumonie double, pendant les secousses convulsives de la toux de la coqueluche, par un mécanisme comparable à celui de l'effort ; par une contraction violente du système musculaire respiratoire, l'air, comprimé entre les ampoules terminales des bronches et la glotte fermée, finit par s'échapper en déchirant les parties les moins résistantes, c'est-à-dire le parenchyme

pulmonaire altéré dans sa consistance par la maladie primitive.

Sémiotique. — Généralement, au summum d'une affection très-aiguë des voies respiratoires, sans symptômes particuliers prodromiques ou concomitants, l'emphysème interne devient tout à coup externe : le premier signe de cette complication est une tumeur située au bas du cou, sous la mâchoire, et même à la joue, tumeur molle et donnant sous le doigt, ainsi qu'à l'oreille, une crépitation pathognomonique, et, chez quelques sujets, augmentant par la toux et par les cris. — En quelques heures, l'emphysème augmente dans tous les sens ; il gonfle et défigure les petits malades comme l'anasarque ; d'ordinaire, leur état général s'aggrave simultanément.

Le pronostic est excessivement sérieux, puisque l'emphysème généralisé se termine par la mort dans la très-grande majorité des cas (15 fois sur 19). — Cette *mort* est *très-rapide* (elle survient en un ou deux jours, en quelques heures, et même en quelques minutes) ; la vie se prolonge rarement au delà de quelques jours. D'ailleurs, c'est moins de la généralisation de l'emphysème que de la gravité de l'affection antécédente que dépend la sévérité du pronostic. — Si cette affection primitive est curable, l'emphysème externe et probablement aussi l'interne guérissent, l'air infiltré dans le tissu cellulaire extérieur étant résorbé dans un temps qui a varié de neuf à vingt et un jours.

Traitement. — Une dyspnée intense avec suffocation, une toux violente répétée avec saccades convulsives, des cris immodérés, des mouvements excessifs, en un mot l'*effort* étant la cause déterminante et effective de l'emphysème généralisé, la première indication est de calmer ce tumulte et d'amortir cet effort, de manière que la déchirure pulmonaire n'augmente plus et que de nouvelles quantités d'air ne soient point poussées de l'intérieur du thorax dans le tissu cellulaire externe : l'administration de la digitale à haute dose et de l'opium (comme on l'a conseillé dans les perforations intestinales), en diminuant la violence des battements cardiaques et des mouvements respiratoires, répond à cette indication. — Quant à la résorption de l'air infiltré, ce sont les forces naturelles de l'organisme qui sauront l'opérer ; par des frictions stimulantes pratiquées sur les parties infiltrées, peut-être hâterait-on ce travail salutaire ; et même, dans les cas où l'emphysème extérieur, par ses progrès considérables, semble augmenter notablement la dyspnée et l'état anxieux du malade, il y aurait lieu, au moyen de ponctions multiples avec un trocart capillaire, de frayer au gaz infiltré une voie artificielle.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Aconit (*Noix vomique employée avec succès pour combattre les effets de l'empoisonnement par l'*). Il s'agit dans ce cas d'un garçon de couleur, âgé de cinq ans, qui, s'étant emparé d'une fiole contenant une potion avec la teinture d'aconit, avait bu de cette préparation une quantité qui ne put être déterminée, mais suffisante, d'après les symptômes observés, pour lui donner la mort. Le docteur Hanson, d'Hartford (Connecticut), appelé auprès de cet enfant, le trouva dans le coma, les membres dans l'état de résolution, les paupières à demi-fermées, les yeux sans expression, les pupilles insensibles à la lumière, quoique non très-largement dilatées, le pouls faible et irrégulier, ainsi que la respiration qui ne s'exécutait plus que cinq ou six fois par minute. N'ayant pu réussir, ni à l'aide de vomitifs énergiques, ni par la titillation du gosier, à faire rendre la substance toxique ingérée, les applications excitantes sur la surface du corps restant sans effet, et l'enfant étant dans une situation désespérée, M. Hanson eut l'idée de recourir à l'emploi de la noix vomique, qui, par son action connue, lui parut être le moyen le plus propre à rendre aux tissus l'excitabilité qu'ils avaient perdue sous l'influence du poison. Une première dose de trois gouttes de teinture de cette substance fut administrée, et au bout de quelques minutes l'impulsion du cœur reprit de la force, la respiration devint en même temps et plus régulière et plus profonde. La même dose fut répétée au bout de vingt minutes, et alors la titillation de la luette fut suivie d'un vomissement abondant, après lequel le petit malade ouvrit les yeux. A partir de ce moment, l'état du pouls et de la respiration allèrent en s'améliorant de plus en plus. Une nouvelle dose de trois gouttes fut prescrite pour la nuit. Le lendemain l'enfant était bien et avait pu prendre de légers aliments.

D'après ce résultat, le docteur Hanson se croit fondé à regarder la noix vomique comme l'antidote de l'aconit, et réciproquement; il pense aussi que la première de ces deux substances aurait les mêmes propriétés contre la classe entière des poisons narcotiques et narcotico-âcres. Peut-être le mot antidote n'est-il pas pris ici dans son sens véritable, si l'on réserve ce nom aux agents *non toxiques* capables de neutraliser les propriétés toxiques d'autres corps. Quoi qu'il en soit de cette manière d'envisager les choses, toujours est-il que les propriétés antagonistiques de diverses substances vénéneuses, depuis peu d'années constatées pour quelques-unes, entrevues pour d'autres, sont d'un très-grand intérêt et méritent d'être étudiées avec soin. Seulement, il faut se rappeler que, dans ce mode de combattre un empoisonnement, l'agent antidotique, ou de quelque nom qu'on veuille l'appeler, étant lui-même un poison, devra toujours être manié prudemment. Cette remarque est surtout applicable à la noix vomique, à cause de sa grande énergie d'action.

Peut-être les médecins français qui liront cette note seront-ils étonnés des résultats que nous venons de faire connaître d'après notre confrère d'Amérique; car les préparations d'aconit, l'extrait surtout, et même l'aconitine, passent chez nous pour fort incertaines dans leurs effets. Mais il n'en est pas de même ailleurs, en Angleterre notamment, et l'on aura une idée de la puissance d'action de ces préparations chez nos voisins, en particulier de l'aconitine des pharmacies de Londres, et surtout de celle de M. Morson, quand on saura que ce principe immédiat, le plus redoutable certainement de tous ceux connus, ne peut être prescrit que par FRACTION de milligramme. (*Boston méd. Journ.* et *Dublin med. Press*, janvier 1862.)

Albuminurie *guérie par le tanin et l'extrait de noix vomique.* Quand une maladie se montre souvent réfractaire aux efforts de la thérapeutique, il importe de ne laisser passer inaperçu aucun des exemples de médication fructueuse qui se produisent.

Obs. Un jeune homme de vingt-deux ans, de forte constitution, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital Sainte-Ursule, le 6 juillet 1861 pour y être traité d'une anasarque presque généralisée, moins marquée à la face que partout ailleurs, accompagnée d'une céphalée permanente et d'une dyspnée intense, avec paroxysmes nocturnes. La coloration était remarquablement

pâle, le pouls lent et faible; l'urine peu abondante, contenait une grande quantité d'albumine. La percussion de la poitrine révéla la présence d'un léger épanchement dans les plèvres et dans le péricarde. A quelle cause rapporter cet état morbide? Trois mois auparavant, ce jeune homme avait contracté une blennorrhagie qui avait cédé à l'emploi des balsamiques, puis en juin il avait vu tout son système cutané envahi par un impetigo sparsa. Enfin, deux ans auparavant, il avait été en proie à des fièvres intermittentes. M. Gambcrini rejette avec raison l'influence des deux premières maladies, mais il ne dit rien de celle de la pyrexie paludéenne sur la production de cette anasarque généralisée; or, on le sait, cette influence a été souvent constatée.

Le 9 juillet, M. Gambcrini commence le traitement de ce malade par la noix vomique, qu'il prescrit d'abord à la dose de 7 centigrammes par jour; au bout de quatre jours, la dose est élevée à 15 centigrammes, et en raison d'une diarrhée persistante, on ajoute 1 gramme de tannin. Cette dose ne déterminant pas de secousses musculaires on donne, le 14, 30 centigrammes de noix vomique et 1 gr 50 de tannin. Le 16 les secousses convulsives sont presque générales; on ne donne que 20 centigrammes d'extrait. Mais ce jour-là on constate une augmentation considérable dans la quantité d'urine excrétée, une diminution notable de la proportion d'albumine et un abaissement évident dans le niveau de l'hydrothorax et de l'hydropéricarde. Dès lors les symptômes vont en s'améliorant progressivement; on réduit peu à peu à 15 milligrammes la dose quotidienne de l'extrait de noix vomique, en même temps que l'on porte graduellement à 5 grammes celle du tannin. Enfin, le 3 août, le malade quitte l'hôpital, l'urine ne contient plus d'albumine; l'état général est excellent.

L'albuminerie, dans ce cas, doit être rapportée à un trouble de la nutrition, et cette perturbation ne saurait être rattachée qu'à l'intoxication paludéenne subie en 1859. Le mode d'action des agents mis en œuvre vient à l'appui de cette étiologie; la noix vomique n'exerce aucune influence sur une lésion des reins; il n'en est pas de même sur la dyspepsie atonique. Le tanin a été un adjuvant utile en combattant la diarrhée abondante qui aggravait, en l'entretenant, le mauvais état des fonctions de nutrition. (*L'Imparziale* et *Gaz. hebd.*, février 1862.)

Catarrhe d'été, *sans fièvre de foin* (*Trois observations de*). Le docteur Phœbus (de Giessen) ayant appelé l'attention des médecins sur une maladie connue en Angleterre sous le nom de *catarrhe d'été, asthme d'été, asthme de foin, fièvre de foin*, il convient, dit M. Hervier, d'apporter tous les faits de ce genre qui se présentent à l'observation des praticiens, afin de préciser le degré d'influence des prairies, des herbes fourragères, sur la production du mal, et d'avoir ainsi sur cette singulière affection les notions étiologiques nécessaires pour instituer une bonne thérapeutique.

Obs. I. M. Prévost, trente-quatre ans, ingénieur, directeur des houillères de la Péronière, tempérament sanguin bilieux, forces athlétiques, santé parfaite, s'exposa en 1852 aux rayons d'un soleil ardent des premiers jours de juin, et contracta le lendemain un coryza intense qui ne céda que quinze jours après à une médication énergique. Depuis cette époque, vers le milieu de mai ou plus tard, mais toujours vers les premières chaleurs, M. Prévost est pris chaque année d'un coryza compliqué de fatigue, d'oppression, de céphalalgie, de géne dans la respiration et de réaction fébrile. Cet état dure un temps variable, mais diminue et cesse toujours vers le 21 juin, sans que le traitement paraisse modifier en aucune manière la marche de la maladie. Les hivers se passent toujours bien.

Obs. II. M. Finot, voyageur de commerce, me consulte en mai 1854, pour une bronchite avec coryza, compliquée de photophobie, larmoiement, pharyngite, besoin incessant d'éternuer et douleur vive de la tête. Cet homme, âgé de trente-quatre ans, est nerveux et ne s'enrhume jamais l'hiver. Il me raconte que l'année précédente, en 1853, il fut pris des mêmes accidents, pour la première fois, à la suite d'une longue marche par un jour tiède de printemps, les pieds humides et la tête exposée au soleil. M. Finot m'ayant raconté qu'il avait été soumis sans succès aux médications les plus variées, je lui proposai l'hydrothérapie et l'emploi des bains de vapeur térébenthinés, qu'il prit à l'établissement de Serin, dirigé par le docteur Macario.

En 1857, j'ai revu ce malade, qui s'est parfaitement trouvé de ce traitement. Néanmoins le coryza et la bronchite viennent régulièrement troubler

l'harmonie de la santé, depuis les premières chaleurs jusqu'au solstice d'été; mais si l'hydrothérapie et les bains de vapeur térébenthinés n'ont pas eu d'influence sur la réapparition périodique de cette singulière lésion, au moins ont-ils eu le pouvoir d'atténuer l'importance des symptômes, dyspnée, fièvre, photophobie, céphalalgie, oppression, asthme, etc., au point que ce voyageur peut continuer ses occupations sans la moindre inquiétude.

Obs. III. Cette troisième observation est la plus intéressante de tous points. Elle concerne M. Victor Fa, négociant à Rive-de-Gier, âgé de quarante-trois ans, et doué d'un tempérament bilieux. En 1845, sans cause connue, le coryza apparut, pour la première fois, avec les premières chaleurs du mois de mai, et s'accompagna d'ophthalmie et de maux de tête très-douloureux. Au 21 juin, tout rentrait dans l'ordre. Chaque année et à la même époque, les mêmes accidents se reproduisent. Mais en 1849, et sans nouvelle cause, ils se compliquent de bronchite et d'asthme, dont l'apparition amène la suppression momentanée du coryza. Le coryza réapparait-il de nouveau, les accidents du côté de la respiration cessent. Un orage violent supprime-t-il le coryza, les désordres du côté des voies respiratoires reprennent toute leur intensité, jusqu'à ce que le calme complet se fasse, vers le 21 juin.

Les années 1846, 1847, 1848, 1849 et suivantes se passent avec les alternatives de bronchite et d'asthme, mais avec la reproduction complète de la phénoménalité que nous venons d'esquisser. Les plus savants praticiens sont consultés; les médications les plus variées, antimoine, arsenic, belladone, chloroforme, toniques, révulsifs, sédatifs, hydrothérapie, térébenthine, sont employés sans succès, sans qu'il soit possible de modifier en aucune manière cette singulière névrose. Plus tard, les eaux du Mont-Dore furent conseillées. M. V. Fa s'y rendit pour la première fois en 1857, et de cette époque date la première amélioration un peu sensible que ce malade ait constaté à la suite de ses nombreuses tentatives de guérison.

Chaque médecin, en faisant un retour sur sa propre pratique, peut fournir un contingent précieux aux renseignements réclamés par le docteur Phœbus. Ces rhumes de chaleur, que nous avons toujours observés sur des sujets qui vivent loin des prairies et dont les paroxysmes ne coïncident pas avec la maturité des plantes fourragères, ont apparu constamment dans le mois de mai, et nous paraissent, au point de vue de leur étiologie, être sous la dépendance de l'ordre météorologique. Nous pensons donc que le nom de fièvre de foin doit être réservé à un autre état morbide, ou peut-être à une forme particulière du catarrhe d'été, qui emprunterait à l'influence des émanations du foin une phénoménalité un peu différente de la caractéristique du type morbide.

Quant au traitement, il doit s'adresser particulièrement à l'élément spasmodique, et nous avons su que les méthodes hydriatiques n'ont point été appliquées sans avantage dans deux des observations précitées. (*Compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Saint-Etienne.*)

Epilepsie (*Iodure et bromure de potassium dans l'*). Les recherches anatomo-pathologiques ayant prouvé que, chez les sujets atteints de mal caduc, tantôt on ne trouve aucune altération organique appréciable qui puisse rendre compte de l'existence de la maladie, tantôt au contraire il se rencontre des lésions, mais des lésions très-diverses quant à leur siége et à leur nature, il serait bien à désirer que l'on pût, d'après la symptomatologie et la marche de l'affection, déterminer pendant la vie quels sont les cas où il existe des lésions, quels sont ceux où il n'en existe pas. Malheureusement cette question importante, loin d'être résolue, est à peine posée, malgré l'intérêt extrême que son élucidation aurait au point de vue du traitement. En présence de cette difficulté où est le praticien de discerner, dans beaucoup de cas, si la maladie est une épilepsie vraie, c'est-à-dire une névrose pure, ou bien si le mal a son point de départ dans une lésion locale ou dans une altération des liquides, il n'est pas irrationnel de suivre l'exemple d'un médecin distingué de Londres, le docteur Wilks. M. Wilks a pris le parti, depuis quelques années, — et il se loue beaucoup des résultats par lui obtenus, — a pris le parti, disons-nous, avant de soumettre ses malades à l'usage des agents antiépileptiques les plus accrédités, de commencer par essayer chez eux l'emploi de l'iodure ou du bromure de potassium. Le choix de ces médicaments s'explique facilement par ce fait que,

chez un certain nombre de sujets, les attaques épileptiques sont le résultat d'une lésion syphilitique, soit des centres nerveux, soit de leurs enveloppes membraneuses ou osseuses; il s'expliquerait encore dans les cas où les convulsions seraient dues à une intoxication saturnine, puisque MM. Nat. Guillot et Melsens ont constaté par l'expérience que l'iodure potassique modéré ou fait disparaître les accidents dont sont atteints les ouvriers qui travaillent le plomb. Quant au bromure de potassium, ce serait, croyons-nous, chez les jeunes sujets qu'il paraîtrait le mieux indiqué, si l'épilepsie chez eux paraissait être sous la dépendance de l'excitation génitale qui accompagne la puberté. (*Med. Times* et *Dublin med. Press*, janvier 1862.)

Lactation. *Action galactopoïétique de la cascarille.* La cascarille, *croton eleutheria*, dont l'écorce est encore quelquefois usitée comme tonique et astringente, paraît cependant posséder une autre vertu qui pourrait dans quelques cas être mise utilement à profit dans la médecine, si tant est que l'on soit en droit de conclure de l'animal à l'homme. Les expériences, en effet, sur lesquelles nous voulons attirer l'attention, ont été faites par un habile vétérinaire, M. Follemberg, qui a trouvé à l'écorce de cascarille des vertus galactopoïétiques très-complètes, et qui a vu ce médicament donner souvent des résultats avantageux chez les femelles primipares. La dose du médicament pour les juments était, par vingt-quatre heures, de 60 grammes de poudre incorporée à du miel, et nous sommes tout disposé à croire que l'action du *croton eleutheria* pourrait être également mise à profit pour les malades de notre espèce, en ayant soin de diminuer considérablement les doses, si les quelques faits que nous avons été à même d'observer n'étaient pas contre-balancés par d'autres où les résultats seraient moins satisfaisants. (*Mittheilungen aus Preussen*, et *Gaz. hebd.*, février 1862.)

Nitrate d'argent. *Dépôt métallique dans les intestins, le foie, la rate et les reins d'un épileptique soumis à cet agent.* Un épileptique avait pris pendant neuf mois du nitrate d'argent, d'abord à la dose de 75 milligrammes par jour, puis il était arrivé à la dose quotidienne de 50 centigrammes. Au bout de quatre mois de traitement, la surface cutanée avait pris une coloration grisâtre; il y avait de l'insomnie, des vomissements, des douleurs gastriques. Le malade succomba aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire. — La muqueuse intestinale était criblée de petits granules pigmentaires noirs, que l'on retrouva également dans la rate, dans le foie, dans le rein. L'analyse chimique a montré que les granules du foie contenaient 9 milligrammes de chlorure d'argent; 8 grammes de substance rénale desséchée renfermaient 7 milligrammes de chlorure d'argent.

En rapportant ce fait intéressant, l'auteur, M. Fromman, a pour but de montrer la nécessité d'une extrême réserve dans l'administration du nitrate d'argent à hautes doses. (*Presse médicale belge*, 1861.)

Polype intra-utérin (*Ablation d'un, au moyen de l'écraseur linéaire*). L'emploi de l'écraseur est vulgaire aujourd'hui, quand il s'agit de pratiquer l'ablation d'un polype descendu dans le vagin; mais aller chercher la production morbide dans la cavité même de l'utérus, après la dilatation préalable du col de cet organe, est un fait à signaler. Voici comment M. Robert Johns, de Dublin, chez une femme de trente-quatre ans, devenue anémique à la suite de nombreuses métrorrhagies, a procédé à cette opération, après avoir constaté à l'aide de la sonde utérine l'existence de la tumeur.

« Après avoir prescrit, dit-il, l'administration d'une infusion d'écorce de chêne et du perchlorure de fer, je cherchai à dilater le col utérin au moyen de l'éponge préparée, afin d'arriver jusqu'à la tumeur et d'en faire l'ablation, si je la trouvais praticable. Ayant reconnu, au bout de quatre jours, que, par suite de la présence du polype qui descendait jusqu'au col, je ne pouvais maintenir l'éponge en place, et qu'ainsi il ne m'était possible d'obtenir qu'un certain degré de dilatation, suffisant seulement pour introduire l'index, je dus me décider à essayer de dilater le col par un autre moyen. En conséquence, la patiente ayant été soumise à l'influence du chloroforme par les soins de mon ami M. Crampton Smyly, je parvins, après une heure et demie d'efforts gradués, à faire pénétrer dans la cavité utérine d'abord l'index et enfin trois doigts de la main droite, et je pus reconnaître un polype fibreux du volume environ

d'un œuf de dinde. J'en saisis le pédicule avec les deux premiers doigts, pédicule qui s'implantait sur le fond de la matrice; puis, ayant réussi à attirer doucement la tumeur en bas, à travers la cavité du col, je passai la chaîne de l'écraseur aussi haut que possible, et en douze ou quinze minutes je terminai la section du pédicule avec l'aide de mon ami, M. Collis. Il ne s'écoula pas une cuillerée à café de sang pendant ou après l'opération. Les suites furent des plus simples et tout à fait favorables. Une ulcération qui existait sur le museau de tanche guérit avec la plus grande facilité au moyen d'attouchements avec une solution de nitrate d'argent, et sous l'influence des toniques et d'une alimentation généreuse, la santé générale se répara rapidement. Au bout d'un mois, la malade était complètement rétablie. » (*Dublin med. Press*, janvier 1862.)

Seins (*Sur le développement artificiel des*). Sous ce titre on désigne habituellement, dans les traités d'accouchement, les pratiques qui ont pour but de développer les mamelons. Dans la note que publie le docteur Richard, do Soissons, ce médecin se propose le développement de la grande mammaire elle-même et cite des cas de succès. Voici la partie importante de sa note :

L'absence ou plutôt le peu de développement des mamelles est une imperfection qu'il n'est pas tout à fait impossible de faire cesser, au moins en partie; je vais vous faire part de quelques idées qui m'ont été suggérées par la lecture et la réflexion.

En général, lorsqu'un organe offre peu de développement, on peut raisonnablement l'attribuer à la petitesse de ses vaisseaux, à la lenteur de la circulation, à une influence nerveuse peu prononcée, à la résistance, à la densité du tissu cellulaire; or, il me semble qu'en augmentant le calibre des vaisseaux, en rendant la circulation plus active, en excitant la sensibilité, en diminuant la résistance des tissus, on doit accroître la vie de l'organe, son mode de nutrition et favoriser par conséquent son développement.

Voici les moyens que je proposai pour arriver à ce résultat :

1° Il faut qu'une main utilement caressante, instruite à la volupté, promène ses doigts sur l'aréole du sein, et exerce sur cet organe de fréquentes titillations; bientôt la papille se gonfle; les sucs, appelés par ces douces frictions, se frayant une route nouvelle, une lymphe nourricière baigne les glandes qui se dilatent.

On pourrait aussi faire de légères frictions sur les seins avec une huile volatile.

2° Appliquer sur chaque sein une demi-sphère en gomme élastique, qu'on aura soin de faire percer à son milieu; à l'orifice de cette espèce de ventouse on adaptera un tube en verre ou en gomme élastique, au moyen duquel on fera des succions qu'on répétera plusieurs fois le jour. Ce moyen, continué pendant un certain temps, devra finir par développer la mamelle.

Les femmes en Égypte se servent avec succès, dans le même but, de la mie de pain chaude qu'elles mettent sur la place des seins; mieux vaudrait, je crois, prendre des petits pains sortant du four auxquels on retirerait la croûte du dessus qu'on appliquerait ainsi sur le sein.

3° Les femmes en Turquie, pour se procurer une gorge volumineuse, usent avec excès de bains chauds, ainsi que du massage.

Tous les praticiens connaissent la correspondance de l'utérus avec la gorge, par conséquent les avantages de la grossesse pour favoriser le développement de cet organe.

On ne doit pas négliger la manière de s'habiller; se garantir de toute pression est une chose bien importante. Il faut user d'un régime succulent.

Voilà des moyens qui ont été employés quelquefois avec succès, les deux premiers surtout. La titillation des mamelles et l'application d'une sorte de ventouse ont été surtout conseillées avec avantage à la célèbre madame de Pompadour. (*Revue de thérap.* et *Journ. de méd. de Brux.*, février 1862.)

Taille (*Opération de la*) *chez un jeune enfant; absence de calcul.* Quelque rares que soient les faits d'opérations de taille pratiquées en l'absence de calcul, ces erreurs de diagnostic n'en sont pas moins des plus regrettables, par la gravité de l'opération qu'elles entraînent. Aussi ne laissons-nous échapper aucune occasion de rappeler l'attention des praticiens sur les causes qui peuvent les produire. Ces causes varient suivant les âges : chez les vieillards et les adultes, c'est le développement des colonnes de la vessie et les incrustations, les plans osseux environnants et quelquefois une névralgie du col; chez les enfants ce sont

surtout les cystites du col qui provoquent les méprises; aussi doit-on s'assurer toujours s'ils portent un vésicatoire. Dans ces cas il suffit de faire sécher l'exutoire pour voir disparaître tous les symptômes que présentait le petit malade. Ces réserves posées, nous rapportons le nouvel exemple que publie M. le docteur Paget, afin de garantir ses confrères contre une erreur de diagnostic regrettable.

Obs. — James Branson, âgé de trois ans et huit mois, fut reçu, le 24 septembre 1861, à l'infirmerie de Leicester. Il présentait les symptômes d'un calcul urinaire. Deux fois l'interne crut en constater la présence. D'après les renseignements donnés par les parents, il y avait de la douleur dans la miction, dont le besoin se reproduisait fréquemment; pendant l'émission, le jet d'urine s'arrêtait brusquement, puis elle s'écoulait en grande abondance. Il n'y avait pas d'hématurie. On disposa tout pour l'opération. La sonde fut introduite, et on crut de suite tomber sur un calcul; cependant le cliquetis métallique, quoique perceptible à l'oreille, ne parut pas suffisamment distinct pour autoriser l'incision. Après des essais répétés, on l'entendit distinctement; MM. Benfield, Marriot et Brown, quoique conservant quelques doutes, croyaient à l'existence d'une pierre. Après beaucoup d'hésitation, on se décida à opérer. La vessie ne contenait aucun calcul. Des accidents consécutifs enlevèrent le malade après quelque jours. — *A l'autopsie* on ne trouva dans la vessie ni calcul ni concrétion lithique. On referma les parois abdominales, et on réintroduisit la sonde par la plaie périnéale. Le cliquetis constaté lors de l'opération se reproduisit, quoique moins distinctement; le bruit parut produit par la rencontre de la sonde avec l'os iliaque au niveau du détroit supérieur.

Nous ne discuterons pas la valeur de l'explication donnée par l'auteur, pour rappeler de nouveau quel'erreur première et capitale, dans ce cas, est d'avoir rapporté à la présence d'un calcul des phénomènes purement dynamiques, dus probablement à une cystite ou à une névralgie du col. (*Dublin med. Press*, janvier 1862.)

Variole (*Emploi de la sarracenia purpurea, remède indien contre la*). Au mois de novembre dernier, M. William a présenté à la Société épidémiologique de Londres, au nom de M. Herbert Chalmers Miles, chirurgien militaire à Halifax (Nouvelle-Écosse), des échantillons d'une plante dont les Indiens se servent avec le plus grand succès pour combattre et même pour prévenir la variole. Voici les principaux détails qui ont été communiqués à la Société :

1° Lorsqu'un individu est menacé de variole et que l'éruption n'est pas encore faite, on administre un grand verre d'une infusion faite avec la racine de la *sarracenia purpurea*. L'effet de cette première dose est de faire apparaître l'exanthème. On donne une seconde et une troisième dose, à des intervalles de quatre ou de six heures; alors les boutons s'affaissent comme s'ils perdaient leur vitalité.

2° Lorsque l'éruption est faite, mais n'a pas dépassé sa première période, une ou deux doses de cette même infusion effacent les boutons et abattent les symptômes fébriles; l'urine, qui était rare et foncée, devient pâle et abondante. Sous l'influence du remède, les phénomènes morbides disparaissent en trois ou quatre jours; mais, par précaution, le malade est retenu dans le camp jusqu'au neuvième jour. L'éruption ne laisse aucune trace après elle.

3° Les Indiens croient, en outre, que ce médicament a une action préventive. Ils ont toujours dans leurs camps une infusion faible de la plante salutaire, et ils en prennent de temps en temps une dose pour conserver, disent-ils, l'antidote dans leur sang.

Après cette communication, la Société exprime le vœu que Miles mette à sa disposition une certaine quantité de racine de sarracenia, afin qu'elle puisse l'expérimenter en Angleterre. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*, mars 1862.)

VARIÉTÉS.

Appareils destinés aux amputés qui ont subi la désarticulation de la cuisse (1).

Robin n'a pas fait longtemps usage de cet appareil, puisque quinze mois après son opération il succombait aux progrès de la diathèse cancéreuse dont il était atteint; mais bien d'autres mutilés ont bénéficié depuis des bienfaits de ce nouveau membre; en voici deux nouveaux exemples, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Dauvé, chirurgien aide-major aux Invalides.

OBS. IV. *Désarticulation de la cuisse pratiquée par Baudens. — Usage pendant plus de onze années de l'appareil Foullioy.* — Cauzeret, soldat au bataillon d'infanterie légère d'Afrique, est né à Bligny-sous-Beaune (Côte-d'Or), en 1811. Le 1er avril 1836, en Afrique, il reçut un coup de feu à la cuisse gauche (fracture comminutive), et subit la désarticulation du membre quatorze jours après. Cette opération, faite par Baudens, a été rangée par M. Legouest dans son tableau des opérations médiates. L'observation se trouve, je crois, dans le Traité des plaies d'armes à feu de Baudens.

L'amputé entra aux Invalides le 12 mars 1837 et en sortit le 1er octobre 1848.

Pendant ces onze années il se servit de l'appareil Foullioy. L'appareil était fixé au moyen de courroies à un corset en toile épaisse. Cet appareil est en tout semblable à celui dont vous avez publié le dessin.

Quelques mois après son admission à l'hôtel, Cauzeret ressentit des douleurs aiguës dans la cicatrice, et ne tarda pas à entrer à l'infirmerie, pour y être soigné de nombreux abcès survenus dans le moignon. Du reste, ces abcès n'étaient que superficiels et guérissaient assez promptement après leur ouverture. Même, pendant le repos au lit, l'amputé ressentait des douleurs soit locales, soit dans les diverses parties du membre amputé. Les mêmes accidents se reproduisirent très-souvent, et Cauzeret entra plusieurs fois à l'infirmerie, toujours pour des abcès du moignon. Malgré ces douleurs intermittentes, il était d'une agilité vraiment surprenante, et plusieurs fois il escalada les murs de l'hôtel. Il donnait des leçons de natation aux bains du Pont-Royal, et dans ses courses il se passait souvent de son appareil pour se contenter d'une paire de béquilles. Il se livrait à de fréquents excès alcooliques. Il sortit de l'hôtel le 1er octobre 1848, pour retourner dans son pays, où il mourut, m'a-t-on dit, d'une affection cérébrale.

OBS. V. *Désarticulation de la cuisse pratiquée par M. Hénot. — Usage de l'appareil Foullioy.* — Josion, infirmier militaire, né le 9 novembre 1821 à Supplet (Moselle), fit une chute le 4 septembre 1844, dans les fossés de la place de Longwy. Il fut amputé à l'hôpital de Metz en 1847, par M. Hénot, pour une exostose avec altération du système médullaire du fémur droit. La désarticulation fut faite par la méthode à deux lambeaux de Béclard; le lambeau postérieur était d'un tiers plus long que le lambeau antérieur, afin que la cicatrice fût placée en avant du moignon. La cicatrisation complète eut lieu quatre-vingts jours après l'opération.

Josion entra aux Invalides le 5 mai 1848; il en sortit le 10 janvier 1850, pour se retirer à Vaux (Moselle). Depuis cette époque il fut perdu de vue; quelques personnes, qui l'ont connu, prétendent qu'il est mort aujourd'hui.

Pendant les vingt et un mois de son séjour aux Invalides, Josion se servit avec avantage de l'appareil Foullioy. Il trouvait cet appareil commode, léger et solide, et bien supérieur aux moyens de prothèse ordinaires. Il n'était pas exempt cependant des douleurs habituelles des amputés ni des abcès consécutifs à la pression du membre artificiel sur le moignon, car il entra une fois à l'infirmerie pour ces deux causes; mais je n'ai pas entendu dire qu'il eût jamais éprouvé les douleurs atroces ressenties par Rembourg, huit ans après la désarticulation.

---

(1) Voir les précédentes livraisons, p. 186 et 233.

Lorsque Josion entra aux Invalides, il pouvait à volonté enlever le pilon qui terminait sa jambe et le remplacer par un pied en bois articulé à angle droit. Cet homme marchait si facilement avec le modèle de Foullioy, ainsi modifié, que M. Charrière, qui l'avait construit, présenta Josion dans tous les services de clinique chirurgicale de nos hôpitaux. Plus tard, ce mutilé abandonna ce luxe de prothèse, et s'est borné à l'usage du simple pilon.

Enfin, l'extrait suivant d'une lettre de M. le professeur Jules Roux, de Toulon, qui, lui aussi, avait assisté à l'opération de Foullioy, vient nous fournir les faits les plus récents de l'usage de son appareil.

« Les quatre blessés qui ont subi à l'hôpital de Saint-Mandrier l'amputation coxo-fémorale en 1859, se trouvent très-bien du membre artificiel de M. Foullioy. Ils continuent à marcher avec sûreté, facilité, et d'une manière si peu disgracieuse, qu'on ne se douterait pas qu'il leur manque la totalité d'un membre inférieur. Ce précieux résultat est dû à cette seule circonstance, l'*immobilisation de l'appareil prothétique avec le tronc*.

« Les quatre désarticulés dont je parle n'ont présenté aucun accident du genre de celui que vous me signalez, à savoir les douleurs que provoquerait la pression de l'ischion sur la sellette de l'appareil. Ils ont tous été opérés par un procédé à lambeau antérieur, qui expose peu à voir le nerf sciatique comprimé par l'ischion.

« Du reste, après toutes les désarticulations dans lesquelles l'appareil prothétique repose directement sur le moignon (désarticulations coxo-fémorales, fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes), il est essentiel de réséquer les nerfs au-dessus des surfaces de pression, ou bien d'employer un procédé qui permet de soustraire les nerfs à ces pressions, qui doivent inévitablement mettre obstacle à la déambulation, ou la rendre très-pénible. » J. Roux. (Lettre du 10 février 1862.)

Modèle Mathieu.

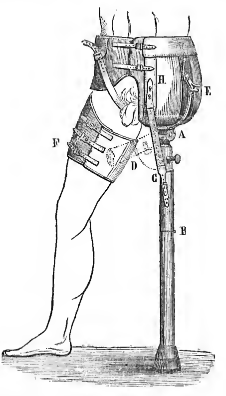
Nous terminerons cette note en disant un mot d'un nouveau modèle que vient de proposer un de nos fabricants des plus zélés et des plus ingénieux.

Au mois de mars 1861, notre collègue M. Chassaignac présentait à la Société de chirurgie un jeune homme de dix-sept ans, qu'il avait soumis à une désarticulation de la cuisse, le 22 octobre précédent. Le moignon étant complétement cicatrisé, M. Mathieu eut l'idée de construire une jambe pour ce malade. Au lieu de commencer par examiner les divers modèles existants, et étudier la manière dont ils fonctionnaient, ce fabricant s'est isolé de tout enseignement antérieur; croyant, sans doute, augmenter par là le mérite du résultat auquel il arriverait.

L'appareil de M. Mathieu consiste, ainsi que le montre la figure ci-jointe, en un pilon B, supportant une cuvette H, un cuirasse enveloppant plus complétement encore le bassin que celle de l'appareil Foullioy. Le point d'appui principal est fourni par l'ischion; cependant la cuirasse embrassant de toutes parts les parties molles et les os iliaques, y doit répartir une partie de la pression. La solidarité établie ainsi entre le bassin et la cuvette, l'appareil trouve un secours puissant, comme stabilité, dans un cuissard E, qui enveloppe la racine du membre sain et se relie avec la hanche du même côté, par une attelle en acier qui ne permet que les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse saine sur le bassin. C'est là un des points les plus originaux du nouveau modèle.

Quant au mode de jonction du pilon avec la cuvette, il consiste en une charnière horizontale A, permettant : 1° une flexion à 90 degrés pour la station

assise; 2° une extension complète pour la station droite dans l'immobilité; 3° une extension moins prononcée pour la station droite pendant la marche. Deux encoches, pratiquées dans le tourillon de la charnière, permettent à un ressort F, que la main peut mouvoir, de maintenir le pilon dans la verticale pour la station fixe (extension complète), ou légèrement inclinée de *haut en bas* et d'*arrière en avant* pour la station dans la marche. Lorsque le pilon est



dans cette dernière position, le ressort, par suite des dimensions de l'encoche antérieure, jouit d'une certaine mobilité. Ce jeu a été donné à cette sorte d'articulation diarthroïdale pour permettre à une bretelle élastique D de soulever légèrement le pilon et pour le porter en avant, dès que le poids du corps cesse de porter sur le membre artificiel. Du moins, telle a été l'intention de l'auteur, et en cela consisterait surtout l'innovation dans ce modèle. Mais en voyant marcher son malade, il nous a semblé que cette action était tellement réduite, qu'elle devait à peine compter pour le développement du pas. Le pas chez lui ne nous a paru se produire ni par l'élasticité de la bretelle, ni par le jeu direct du bassin, mais par une action du corps entier, c'est-à-dire en fauchant, comme dans l'appareil Foullioy.

Le bassin ne saurait exécuter aucun mouvement direct *en avant*, il ne peut que tourner autour de la tête du fémur sain; et quant à la bretelle élastique,

elle ne fait, à nos yeux, que consolider la cuvette sur le tourillon : effet, du reste, très-utile et à conserver. Mais qu'elle transporte le pilon d'une quantité efficace pour un pas en avant, c'est ce qui ne nous a pas semblé être, et notre savant confrère M. Giraud-Teulon, qui a examiné cet appareil avec nous, partage complètement cet avis.

Le pilon, au niveau de l'articulation du genou du membre sain B, présente un fourreau en douille d'ombrelle marquise recouvrant une charnière qui permet la flexion de cette tige pendant la station assise.

En somme, si notre critique porte sur la croyance illusoire à une marche dans un plan vertical exact, elle ne s'étend pas au plan général de l'appareil qui nous a paru sagement conçu, utile et bien ordonné.

Nous procédons, on le voit, dans notre jugement sur la jambe de M. Mathieu, d'une manière différente de celle que nous avons suivie pour les autres modèles. Ceux-ci ayant tous servi utilement pendant quinze et vingt années, nous avons pu nous borner à mentionner le fait. Quelques fistules s'étant produites dans la cicatrice du moignon du malade de M. Chassaignac, ce jeune homme n'a pu encore faire un long usage de sa jambe et nous avons dû ne juger le modèle de M. Mathieu que théoriquement. Nous suivons cette expérience avec le soin qu'elle réclame, et nous aurons l'occasion de dire plus tard les résultats que la pratique aura permis de constater.

De la vaccination hâtive.

Les divers âges de la vie sont-ils également favorables à l'inoculation du virus-vaccin ? Et en particulier la vaccination pratiquée dans les premiers jours ou dans les premières semaines qui suivent la naissance, n'expose-t-elle pas les enfants à des accidents plus nombreux et plus graves que la vaccination mise en usage à une époque un peu plus avancée de la vie ?

« L'opinion publique et l'administration, dit M. Depaul, se sont émues dans ces derniers temps de quelques attaques dirigées contre la vaccination pratiquée dans les premiers jours de la naissance. Les craintes exprimées par quelques praticiens ont pénétré dans les familles, et il n'est pas rare aujourd'hui qu'un médecin qui propose de vacciner un enfant récemment né rencontre quelque résistance de la part des parents, dont la sollicitude, parfaitement excusable d'ailleurs, demande à être éclairée. »

Après avoir fait l'historique de la question et rappelé tous les faits qui ont été produits et toutes les opinions qui ont été émises sur ce sujet dans ces derniers temps, notamment depuis la communication de M. le docteur Barthez à la Société médicale des hôpitaux, l'honorable académicien résume son jugement sur ce point en ces termes :

« Il nous paraît démontré que la vaccination hâtive n'est pas plus dangereuse que celle qu'on ne pratique qu'après le deuxième ou le troisième mois. C'est plutôt par habitude qu'en se fondant sur des raisons sérieuses qu'on la retarde en général dans la pratique particulière jusqu'à cette dernière limite. En agissant différemment, on ferait certainement quelque chose d'utile sans augmenter les chances dangereuses.

« Mais si, à la rigueur, en temps ordinaire et pour les enfants qui restent isolés dans leurs familles, il n'y a pas de grands inconvénients à temporiser, il n'en est plus de même quand la variole apparaît dans une maison, quand des cas multipliés sont signalés dans une ville, ou quand on exerce dans un hôpital.

Dans ces dernières conditions surtout le danger est permanent. Les salles aujourd'hui ne contiennent aucun varioleux ; mais qui sait si parmi les malades qui entreront demain il ne s'en trouvera pas quelqu'un ? Or, dans cette supposition, qui devient trop souvent une réalité, qu'arrivera-t-il ? S'il se rencontre dans la population d'un service quelques individus qui n'aient pas été vaccinés, un certain nombre d'entre eux seront atteints, et la maladie se trompera rarement dans le choix de ses victimes. Il n'y a qu'un seul moyen efficace pour arrêter le nombre de ces derniers, vacciner les uns, revacciner les autres.

« Si tous les enfants étaient vaccinés dans les premiers jours qui suivent la naissance, la variole, qui est déjà si rare relativement à ce qu'elle était autrefois, disparaîtrait, nous en avons la conviction, d'une manière complète. C'est le résultat déjà obtenu depuis quinze et vingt ans par quelques zélés vaccinateurs pour certaines communes et certains cantons. Les maisons qui servent d'asile aux enfants abandonnés devraient appliquer cette mesure d'une manière générale. Elle aurait pour conséquence de diminuer dans une proportion notable la mortalité déjà si grande, et de ne pas envoyer dans les campagnes des enfants dont la vaccination sera trop souvent négligée ou mal faite.

« Dans le cours de cette année, un enfant atteint de variole fut placé dans l'une des infirmeries de l'hospice des Enfants assistés, où il ne tarda pas à succomber bientôt. La maladie se manifesta sur d'autres enfants. Le nombre des cas s'éleva à 25 en peu de temps, et il y eût 11 morts à déplorer. Nous n'avons pas besoin d'ajouter qu'on ne parvint à se rendre maître de l'épidémie que par une vaccination générale.

« Nous le demandons : en admettant que la vaccine hâtive fût passible de quelques-uns des reproches qui lui ont été adressés, pourrait-on les comparer à des résultats aussi déplorables ? Mais, diront quelques personnes, si la mesure que nous proposons était adoptée, elle aurait pour résultat de prolonger le séjour des enfants nouveau-nés dans les divers hôpitaux ou à l'hospice des Enfants assistés, et de les exposer par cela même à toutes les causes de mortalité qui en sont la conséquence. A cela nous répondrons qu'il serait très-facile de modifier la règle établie, et qui consiste à ne faire partir les enfants vaccinés qu'après la guérison complète des pustules. Il suffirait de les mettre en nourrice dans les quatre ou cinq premiers jours qui suivent la vaccination, c'est-à-dire à une époque où le voyage pourrait se faire sans le moindre inconvénient.

« Par ces faits, il paraît démontré :

« 1° Que la vaccination qui se pratique dans les premiers jours qui suivent la naissance n'expose pas à des dangers plus sérieux que celle qu'on retarde jusqu'au deuxième ou au troisième mois ;

« 2° Qu'en admettant que dans la pratique civile, à cause des conditions particulières dans lesquelles se trouvent placées les conditions (conditions qui diminuent notablement les chances d'infection), on puisse retarder sans grand danger de recourir à l'inoculation vaccinale, il n'en est pas de même pour les enfants qui naissent dans les hôpitaux ou qui doivent y séjourner un certain temps. »

Bouchon de caoutchouc vulcanisé.

Un nouveau moyen de boucher les bouteilles, que nous trouvons dans le *Journal médico-chirurgical de Boston*, peut intéresser les médecins, surtout nos confrères des campagnes, qui portent souvent avec eux des substances mé-

dicamenteuses. Ils seront bien aises d'apprendre que les bouchons de caoutchouc vulcanisé pour fioles ou bouteilles peuvent remplacer avantageusement les bouchons de verre, plus chers et plus fragiles. En effet, le caoutchouc vulcanisé résiste à un grand nombre d'agents chimiques.

Ainsi, d'après l'auteur de cet article, le bouchon de caoutchouc serait très-convenable pour l'alcool, les solutions d'azotate d'argent, la teinture d'iode, les divers acides minéraux, et presque pour tous les liquides. Il a tenu un flacon d'éther sulfurique concentré, fermé avec un de ces bouchons et renversé pendant plusieurs jours, sans la plus légère altération appréciable sur la gomme. Ces bouchons n'auraient pas moins d'utilité dans la chambre d'un malade. Les bouteilles contenant des liquides effervescents, tels que le citrate de magnésie, le soda-water, etc., pourraient être promptement rebouchées, de manière à pouvoir les vider par parties et sans perte. Enfin, et cette dernière circonstance est à considérer, ces bouchons sont à bas prix.

M. le docteur Aug. Voisin vient d'être nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, en remplacement de M. le docteur Dumout, dont les fonctions viennent d'expirer.

Par suite de la non-acceptation de M. Malgaigne aux fonctions de juge du concours pour le bureau central des hôpitaux, M. Morel-Lavallée passe juge titulaire, et M. Maisonneuve est nommé juge suppléant.

Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Des différentes espèces de pneumonies au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Par arrêtés du 14 mars, M. Rostan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de la présente année scolaire, par M. Empis, agrégé.

M. Blot, agrégé, est chargé, pendant le même semestre, des cours d'accouchement à la Faculté, en remplacement de M. Moreau, décédé.

Un congé d'inactivité, du 1er avril prochain jusqu'à la fin de la présente année scolaire, est accordé à M. Sédillot, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. le docteur Boeckel, agrégé, est chargé de la suppléance de cette chaire pendant la durée du congé accordé à M. Sédillot.

M. le docteur Diday a été nommé médecin consultant et administrateur du dispensaire général de Lyon.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Duchemin, interne à Lariboisière.

Par décrets en date du 12 mars 1862, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Finot, médecin principal de 1re classe; Auzoux, inventeur des appareils plastiques d'anatomie en usage dans l'armée et les écoles militaires. — *Au grade de chevalier.* — MM. Ovide Lallemand, Hamel, Folie-Desjardins, Creutzer, médecins-majors de 2e classe ; Monsel, pharmacien-major de 2e classe; Hutinet, infirmier-major sergent; Imbert et Huré, vétérinaires en 1er. — La médaille militaire a été accordée, par décret du même jour, à douze infirmiers militaires.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Indications et formules pour les rhumatalgies (rhumatisme, goutte et névralgies) (¹).

Par M. le professeur Delioux de Savignac, de Toulon.

On n'a pas toujours à sa disposition le vin médicinal fabriqué par le pharmacien de la Rochelle. On peut, il est vrai, puisque sa composition et son mode de préparation sont connus, le faire préparer dans toutes les pharmacies ; mais il faut aussi prévoir le cas où l'on manquerait de feuilles de frêne, dont l'usage est assez peu répandu. J'ai conseillé alors de remplacer ces feuilles par une égale quantité de bois de gaïac râpé. Je prescris actuellement dans mon service d'hôpital un vin d'Anduran ainsi modifié par force majeure, c'est-à-dire par disette de feuilles de frêne, et cette substitution ne m'a paru avoir jusqu'ici aucun désavantage. Je la signale donc aux praticiens qui ne pourraient se procurer, au moment du besoin, des feuilles de frêne, ou qui auraient plus de confiance dans la réputation antirhumatismale du gaïac, qui n'est pas non plus à dédaigner.

Enfin, il peut y avoir quelque intérêt thérapeutique à retoucher autrement encore cette formule, que l'on ne saurait avoir la prétention d'adapter invariablement à tous les cas de goutte et de rhumatisme ; et, de fait, certaines formes ou variétés, quelques complications incidentes surtout, s'accommoderont au mieux d'une modification intelligente appropriée aux circonstances.

Je recommande donc, pour des cas particuliers, et je signale spécialement aux médecins embarqués sur les navires et à ceux qui exercent dans les campagnes, et qui sont obligés de préparer eux-mêmes les médicaments qu'ils destinent à leurs malades, les formules suivantes, que je désignerai par l'épithète *antirhumatismale*, parce que je ne les ai employées que contre le rhumatisme et non contre la goutte ; on est autorisé, toutefois, *à priori*, à les estimer dans le traitement de cette dernière maladie. Elles ont d'abord le mérite de pouvoir être traduites en préparations extemporanées dont le malade peut disposer immédiatement, ce qui n'est pas à négliger en quelques conjonctures ; en outre, elles sont d'une exécution facile, leurs éléments se trouvent à peu près partout sous la main, et il est même assez ordinaire de les rencontrer dans les

(¹) Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 241.

approvisionnements pharmaceutiques des médecins exerçant à bord des navires et dans les villages.

En regard de la quantité totale des principes actifs contenus dans la dissolution, je place la quantité de ces principes contenus dans une cuillerée à bouche, de manière que l'on puisse apprécier presque rigoureusement les doses médicamenteuses consommées par les malades :

FORMULE Nº 1.

Vin antirhumatismal.

Teinture de semences de colchique.	12gr.,50	Une cuillerée	0,50
— de feuilles d'aconit......	5 grammes.	ou	0,20
— de feuilles de digitale....	2gr.,50	21 grammes	0,10
Vin blanc....................	500 grammes.	représentent	

Commencez par une demi-cuillerée à bouche, matin et soir ; portez ensuite à deux cuillerées par jour.

FORMULE nº 2.

Potion antirhumatismale.

Teinture de semences de colchique.	5 grammes.	Une cuillerée	0,50
— de feuilles d'aconit.......	2 grammes.	ou	0,20
— de digitale.............	1 gramme.	21 grammes	0,10
Eau sucrée......................	200 grammes.	représentent	

Mêmes doses que pour la formule nº 1.

Ces deux préparations, à doses égales, ont sensiblement la même action thérapeutique.

Toutes deux ont une action analogue à celle du *remède d'Anduran ;* cependant leur action thérapeutique est plus douce, quoique, au moins dans le rhumatisme, il ne me soit pas prouvé qu'elles soient moins efficaces. Cela tient vraisemblablement à la substitution des semences aux bulbes de colchique. Tandis que le vin d'Anduran tend à produire la purgation, les deux préparations dont je viens de donner les formules ne produisent que peu ou point d'effet laxatif. Les bulbes de colchique, pourvu qu'ils aient été récoltés en temps convenable, ont plus d'âcreté, ou, pour employer une expression plus nette, ont plus d'énergie purgative que les semences. Or, comme les semences de colchique ont au moins autant d'efficacité contre le rhumatisme et probablement aussi contre la goutte que les bulbes de cette plante, et en outre comme il est très-contestable que l'action purgative du colchique doive se développer pour influencer le rhumatisme, on ne saurait désapprouver la préférence accordée à la teinture de semences. De plus, tous les pharmacologistes savent que les bulbes du colchique ont des propriétés très-différentes

selon l'époque à laquelle ils ont été récoltés; et ces bulbes étant fournis par le commerce, il est d'autant plus difficile d'admettre l'énergie égale et constante de leurs propriétés, que l'on sait aussi combien leur récolte au moment le plus opportun est difficile à effectuer. Les préparations du colchique qui ont pour base les bulbes sont donc à juste titre considérées aujourd'hui comme généralement incertaines et infidèles, pouvant pécher par excès ou défaut d'action, et il me paraît à souhaiter que dans la prochaine édition du Codex on prescrive, au moins pour les préparations officinales, l'usage exclusif des semences dont la composition est plus stable et plus rigoureusement appréciable, en même temps, je le répète, que leur action thérapeutique a toute la portée désirable. Nous avons, à l'hôpital maritime de Toulon, mis à la réforme toutes les préparations de bulbes de colchique, et nous n'avons qu'à nous applaudir de nous servir exclusivement de celles de semences.

J'ai spécifié dans les deux formules précédentes que la teinture d'aconit à employer est celle préparée avec les feuilles de cette plante; c'est la teinture du Codex. Il y aurait bien aussi lieu de la critiquer, et ce n'est pas sans raison qu'on lui a reproché d'être souvent infidèle. Certes, les préparations de racine d'aconit seraient bien autrement actives; mais cette activité serait aussi un danger, et telle quelle la teinture d'aconit usuelle peut au moins être prescrite avec plus de sécurité.

Dans ces deux formules, les éléments actifs sont combinés de façon à permettre une posologie plus large et plus facile. Je n'accorde pas de suprématie à l'une sur l'autre; le choix dépendra tant du médecin que du malade. La première a l'avantage de n'avoir pas besoin d'être renouvelée aussi souvent que la seconde. On peut consommer l'une et l'autre préparation sans intermède, et sans avoir à redouter pour elles l'action un peu irritante du vin d'Anduran pris tout pur. Néanmoins il ne peut qu'être utile d'étendre la cuillerée de chacune de ces préparations dans une infusion chaude de thé, surtout au moment du coucher, afin d'imprimer à la médication une tendance diaphorétique toujours favorable dans le traitement des rhumatalgies.

Il est bien entendu que si l'on s'apercevait que le thé déterminât de l'excitation ou de l'insomnie, comme cela arrive chez quelques individus, on lui substituerait un autre véhicule approprié aux conditions accessoires de la maladie ou au tempérament du malade.

Si je crois ces formules applicables à un grand nombre de cas, je suis loin de les vouloir invariables, et j'engagerai au contraire à

augmenter la dose de l'un des médicaments, à faire prédominer l'un des principes actifs sur l'autre, selon les indications.

Ainsi, par exemple, en cas de complication marquée du côté du cœur, il ne faut pas hésiter à forcer la dose de teinture de digitale.

L'adjonction des opiacées est l'une des modifications les plus importantes que j'aie eu à apporter à ces prescriptions. Lorsque les douleurs rhumatismales persistaient, lorsqu'elles se montraient surtout vives, opiniâtres et rebelles aussi bien au colchique qu'à l'aconit, enfin en cas d'insomnie prolongée, accident si habituel dans l'état rhumatique, j'additionnais le véhicule aqueux de la potion antirhumatismale d'une certaine quantité de sirop d'opium ou de morphine. Quoiqu'il n'y ait alors de consommées journellement que des doses très-minimes d'opiacés, que des fractions de centigramme même, le résultat est souvent des plus remarquables; les douleurs s'apaisent, l'insomnie est vaincue aussi bien, mieux peut-être que par des doses élevées d'opium ou de morphine, et ce que les opiacés à eux seuls étaient impuissants à réaliser s'obtient par leur association avec le colchique et l'aconit.

Voici un spécimen de ce genre de prescription :

FORMULE N° 3.

Potion antirhumatismale opiacée.

Teinture de semences de colchique......	5 grammes.
Id. d'aconit......................	2 grammes.
Sirop d'opium	30 grammes.
Eau gommée........................	170 grammes.

Deux ou trois cuillerées par jour.

Indépendamment des remèdes internes qui peuvent être utilisés dans les diverses rhumatalgies, on est souvent obligé d'aider leur action par des topiques calmants, et il peut même arriver que ces topiques à eux seuls suffisent à apaiser l'éréthisme des points endoloris. Un simple cataplasme émollient produit parfois ce résultat. J'emploie très-fréquemment, pour ajouter une action stupéfiante à la détente que peuvent amener les topiques émollients, la mixture suivante avec laquelle on arrose la surface des cataplasmes, et qui est devenue d'un usage habituel dans mon service d'hôpital :

FORMULE N° 4.

Mixture narcotique pour l'usage externe.

Extrait d'opium........................	1 gramme.
Id. de belladone.	4 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise...............	40 grammes.
Eau commune........................	60 grammes.

Cette solution contribue beaucoup à calmer les douleurs externes et stupéfie, parfois très-promptement, les parties endolories. Elle agit généralement mieux que le laudanum associé d'une manière banale aux cataplasmes émollients.

Elle pourrait aussi être utilisée sans l'intermédiaire du cataplasme ; mais, tant qu'à employer seule une mixture narcotique, je préfère la suivante :

FORMULE N° 5.

Mixture narcotique à la glycérine.

Extrait d'opium........................	1 gramme.
Id. de belladone...	4 grammes.
Glycérine.........................	60 grammes.

On immerge un pinceau de charpie dans cette solution, on le promène à plusieurs reprises sur les parties affectées de rhumatisme ou de névralgie, et l'on recouvre avec une couche de ouate ou une compresse de flanelle.

Ce topique, appliqué de la manière qui vient d'être indiquée, est surtout utile sur les endroits où la friction est impossible et dans les cas où elle exaspère la douleur. Les médicaments que l'on prescrit en frictions peuvent bien par eux-mêmes être analgésiques ; mais cette friction, que l'on ordonne sans trop y réfléchir, n'intervient souvent que pour surexciter la souffrance. Une articulation, siége de douleurs rhumathoïdes aiguës, ne doit pas subir la torture de la friction ; elle n'admet que l'onction. Il en est bien plus souvent de même pour les névralgies ; si la compression du nerf affecté y engourdit momentanément la douleur, la friction la réveille presque toujours et l'exalte ; aussi est-ce particulièrement dans ce cas que de simples onctions suffisent à procurer de l'apaisement, et au nombre des moyens thérapeutiques avec lesquels je les ai pratiquées, je crois pouvoir signaler celui dont je viens de donner la formule, comme ayant des propriétés plus efficaces dans le traitement des névralgies.

Ces deux mixtures pourront aussi être appliquées avec avantage sur les articulations envahies par les douleurs cruelles de la goutte.

Mais les deux agents topiques que j'ai vu réussir le plus fréquemment contre cette dernière catégorie de douleurs sont l'essence de térébenthine et l'ammoniaque.

J'ai connu un officier de marine, goutteux depuis sa jeunesse, et qui, arrivé à l'âge de quarante ans environ, avait eu de très-fréquentes attaques de goutte. Il se traitait lui-même, comme le font

beoucoup de gens du monde lorsqu'ils sont atteints de cette maladie : il prenait habituellement du bicarbonate de soude, et était allé plusieurs fois à Vichy, dont les eaux avaient toujours amélioré sa situation, mais ne l'avaient pas guéri. Au retour de ces attaques, il faisait sur les articulations envahies de larges onctions avec l'essence de térébenthine pure, et en retirait un soulagement immédiat et des plus remarquables. Je n'ai pu cependant répéter cette expérience sur un grand nombre de goutteux, tant parce que l'essence de térébenthine a une odeur pénétrante et désagréable qui leur répugnait, que parce qu'elle irrite d'ordinaire assez vivement la peau, et que la douleur locale qui en résultait les détournait d'en continuer l'emploi.

Mais les occasions ne m'ont pas manqué pour expérimenter cette essence sur les malades de nos hôpitaux, gens moins délicats et moins irritables, et je l'ai largement appliquée à l'extérieur contre les rhumatismes et les névralgies. Je l'ai très-rarement prescrite à l'intérieur, quoique je n'aie eu qu'à m'en louer dans le traitement des névralgies sciatiques en particulier ; ce médicament ayant un goût tellement répugnant, qu'il est difficile de le faire accepter à l'intérieur par la plupart des malades. Mais, en revanche, comme agent topique, je le mets au premier rang de ceux qui sont susceptibles de réduire les douleurs rhumatalgiques anciennes, tenaces et rebelles. Peu appropriée à l'état aigu, l'essence de térébenthine a moins d'inconvénient et plus d'avantage contre l'élément rhumatique parvenu à la période de chronicité. Or, comme il n'y a rien de plus fréquent que le rhumatisme chronique, soit articulaire, soit musculaire, parmi les populations maritimes, qui en puisent le germe dans les conditions climatériques des localités riveraines ou dans les rudes labeurs et les vicissitudes incessantes de la navigation, j'ai pu de longue date et je puis journellement encore comparer les mérites relatifs des moyens thérapeutiques appliqués à la diathèse rhumatismale. En conséquence, deux de mes prescriptions les plus usuelles en pareille circonstance sont celles que je vais reproduire :

FORMULE N° 6.

Huile camphrée térébenthinée.

Essence de térébenthine....................	1 partie.
Huile camphrée...........................	3 parties [1].

[1] L'huile camphrée représente : 1 partie camphre, 7 parties huile d'olive.

FORMULE N° 7.

Baume de Fioraventi surtérébenthiné (1).

Alcoolat de térébenthine composé ou baume de Fioraventi	100 grammes.
Essence de térébenthine	20 grammes.

Ces deux mélanges sont employés en frictions ou en simples onctions sur les parties rhumatisées; le premier peut aussi être utilisé en cas de névralgies, particulièrement dans la névralgie sciatique.

Je réserve le baume de Fioraventi pur, ou surtérébenthiné, pour les rhumatismes les plus opiniâtres, les plus invétérés, et surtout pour ceux qui s'accompagnent de paralysies à divers degrés, accidents fort communs à la suite du rhumatisme. J'emploie aussi le baume de Fioraventi animé d'une dose excédante d'essence de térébenthine, à titre de moyen stimulant, dans le traitement local des paralysies d'autre nature, telles que celles dépendantes de lésions encéphaliques, en recommandant dans ce cas de frictionner rudement les membres paralysés; la peau venant à s'irriter tôt ou tard, il faut suspendre de temps en temps. Il y a ici à la fois effet stimulant local et effet révulsif au profit possible des lésions de l'encéphale.

L'ammoniaque a fait et fait encore tous les jours partie de divers mélanges usités en applications externes contre les rhumatalgies: témoin le baume Opodeldoch, la seule de ces préparations complexes au sujet de laquelle je ferai une courte observation.

Le baume Opodeldoch, sorte de savon ammoniaco-camphré, dans l'état de consistance où il est livré par les pharmacies, est loin d'être d'un emploi commode. Les fragments que l'on en détache des flacons à large tubulure où il est enfermé, glissent sous les doigts ou fuient sous le morceau de flanelle avec lequel on cherche à l'étendre sur les parties, de sorte que, pour peu que l'on n'y mette pas une certaine adresse, si l'on n'écrase pas, par exemple, préalablement le baume Opodeldoch à la surface de la peau ou de la pièce d'étoffe qui sert pour la friction, il y a perte d'une portion de la substance médicamenteuse. En conséquence, le meilleur mode d'emploi de ce savon médicamenteux consiste à en faire une dissolution alcoolique saturée. On obtient ainsi un *baume Opodeldoch liquide*, très-commode à l'usage, et tout aussi actif que le baume solide. C'est la forme que j'ai adoptée pour le service d'hôpital. Je fais souvent

(1) Que l'on se rappelle que le baume de Fioraventi, ou alcoolat de térébenthine composé, contient déjà, outre plusieurs substances balsamiques et aromatiques, 16 parties d'essence de térébenthine pour 100 d'alcool.

ajouter à cette dissolution, pour rendre le médicament plus franchement calmant, une certaine quantité de laudanum.

J'arrive maintenant aux développements que comporte l'application externe de l'ammoniaque contre la goutte, moyen très-recommandable ainsi que je l'ai annoncé plus haut.

J'ai déjà traité cette question dans mon mémoire sur les ammoniacaux, publié dans les *Archives générales de médecine*, année 1851. Je rappelais d'abord que M. Hutin, chirurgien en chef de l'hôpital des Invalides, avait signalé l'emploi très-avantageux fait par lui de l'ammoniaque, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, dans le traitement de la goutte aiguë et chronique. Il faisait appliquer sur les parties qui étaient le siége de la fluxion goutteuse des fomentations d'eau ammoniacée (4 grammes pour 500 d'eau), et en même temps il mélangeait à une pinte de tisane 4 à 8 gouttes d'ammoniaque. Par cette méthode, des accès ont été enlevés avec une extrême rapidité. Je répétai les essais de M. Hutin, mais je modifiai la médication, en préférant pour l'usage interne l'acétate d'ammoniaque à l'ammoniaque caustique, et en appliquant à l'extérieur des solutions plus fortement ammoniacées. Les résultats que j'avais recueillis à l'époque de la publication de mon travail sur les ammoniacaux ne me laissaient aucun doute sur l'efficacité de ces préparations dans le traitement de la goutte. Néanmoins, je n'ai pas insisté depuis lors sur l'emploi des préparations ammoniacales à l'intérieur, d'autant plus que j'avais fait prévoir que l'abus dans ce cas pouvait être nuisible, et qu'en présence de la diathèse urique si fréquente chez les goutteux, il devait y avoir désavantage à insister sur l'emploi interne de l'ammoniaque, en tant que composé azoté et pouvant favoriser la formation de calculs ammoniaco-magnésiens. D'ailleurs, je me suis trouvé ultérieurement en présence de faits qui m'ont démontré que d'autres médicaments pouvaient être aussi utiles, sinon plus, que l'acétate d'ammoniaque, ou bien j'ai revu tant de rechutes de goutte, que je suis moins édifié sur la longueur de la portée des médications internes dans cette maladie.

Mais je reste dans le même sentiment à l'égard de l'utilité des applications extérieures d'ammoniaque chez les goutteux. Si je n'ai pas acquis l'espoir d'en guérir un grand nombre, je sais du moins qu'il est parfois possible de calmer et d'abréger les atroces douleurs qu'ils éprouvent ; c'est encore leur apporter un grand bienfait que de les mettre à même de subir moins de tortures, lorsque la maladie, inexorable visiteuse, reviendra à son heure pour leur apprendre qu'ils ne doivent pas guérir.

Je fais donc appliquer sur les articulations, siége de douleurs ou de fluxions goutteuses, dans l'état aigu comme dans l'état chronique, et dans le premier cas à toutes les phases de l'accès, une solution ammoniacale formulée comme il suit :

FORMULE N° 8.

Solution ammoniacale pour l'usage externe.

Ammoniaque liquide................	2 à 4 grammes.
Eau commune......................	120 grammes.

On imbibe une compresse de linge fin de cette solution, et on l'étend sur la partie douloureuse ; on recouvre avec une compresse de taffetas ciré et l'on maintient le tout avec quelques tours de bande.

De cette façon, la compresse imbibée de la solution ammoniacale reste toujours humide et l'ammoniaque, qui tend à se dégager, est maintenu en contact avec la peau. On renouvelle le pansement deux ou trois fois par jour ; il ne faut guère le renouveler davantage, car l'application trop réitérée de la solution finirait par irriter la peau au delà de toute limite raisonnable.

J'ai indiqué pour la proportion d'ammoniaque 2 à 4 grammes; je dois dire que je ne me borne à 2 grammes que si la peau est trop excitable; je préfère la dose la plus élevée, comme étant la plus efficace, tant que le malade peut la supporter.

Cette application produit une sensation de chaleur plus ou moins prononcée à la peau, un peu de rubéfaction, puis du picotement, et rarement une véritable douleur. Néanmoins, pour peu que l'on insiste sur l'emploi de la solution, surtout si l'on y a mis 3 et 4 grammes d'ammoniaque, la peau finit par s'irriter, un commencement de vésication s'établit même, et il survient de la cuisson ou un sentiment réel de souffrance. Mais l'important est que tout au plus au prix de très-légers accidents d'irritation cutanée, la douleur goutteuse diminue dans la majorité des cas, ou disparaît même au bout de quelques applications. La solution ammoniacale a donc en pareille circonstance un effet calmant, ou plutôt analgésique, qui est des plus remarquables; et comme, d'un autre côté, elle irrite aussi la peau à sa manière, elle maintient sur place une fluxion, quoique toute autre que celle de la goutte ; de sorte que l'on n'a pas à craindre ici une répercussion, comme dans le cas où une fluxion goutteuse abandonnerait trop brusquement une articulation. Aussi je crois qu'il y a lieu de maintenir l'irritation ammoniacale bien au delà du moment où les douleurs ont cédé, surtout si elles ont cédé très-vite, afin de conserver, d'assurer au goutteux tout le bé-

néfice d'un phénomène thérapeutique complexe dans lequel il pourrait fort bien y avoir, à côté de l'action analgésique si manifeste, un véritable fait d'irritation substitutive.

Toutefois, il est des attaques de goutte si douloureusement aiguës et si rebelles à toute tentative d'amélioration, que je ne prétends point que ce palliatif opère complétement dans tous les cas. Ce que je puis affirmer, c'est que chaque fois que j'y ai eu recours, il a été plus ou moins efficace, et ne s'est jamais montré nuisible. Je suis donc pleinement autorisé à le recommander à l'occasion.

J'ajouterai que des solutions ammoniacales, employées dans les proportions et de la manière que je viens de spécifier, m'ont également réussi dans le traitement de quelques névralgies, et notamment de névralgies sciatiques très-douloureuses. Si elles ne parvenaient pas toujours à enlever la douleur, en général elles la calmaient ou la suspendaient momentanément. L'efficacité, non pas constante, mais fréquente du moins, de l'eau sédative de Raspail en pareil cas, et particulièrement contre la migraine, est attribuable en grande partie à l'ammoniaque qui entre dans sa composition.

Tels sont les procédés qui peuvent au surplus en inspirer d'analogues, à l'aide desquels on sera légitimement fondé à répondre à certaines indications qui se présentent dans les formes si variées des rhumatalgies. Ils sont incontestablement de nature à influencer favorablement les symptômes et le cours de ces maladies, à contribuer à leur cure radicale ; s'ils ne parviennent pas toujours à les vaincre et à détruire la diathèse qui trop souvent les entretient, ils sont du moins susceptibles de modérer l'intensité et d'abréger la durée de leurs manifestations, de corriger leurs mauvaises tendances, de suspendre enfin la douleur et d'en éloigner le retour s'ils ne doivent pas indéfiniment la prévenir.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Mémoire sur la nature et le traitement des kystes des paupières.

Par M. le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les kystes des paupières ont reçu des anciens chirurgiens, et de la plupart des modernes, les dénominations les plus diverses : chalazion, chalazeon, chalaze, hordeolum, gresle, grain de grêle, grêlon, crithe, grain d'orge, orgueil, orgeolet, périosis, grando, porosis. Ne connaissant pas la nature de ces tumeurs, ils les désignaient

par un nom propre à en rappeler la ressemblance avec des objets usuels. Ainsi, le chalazion (χαλαζα, grêlon), le grêlon, la grêle, grando, étaient comparés à un grain de grêle; le crithe (χριθη), le grain d'orge, hordeolum, l'orgeolet, à un grain d'orge. On les nommait encore *orgueil* et *orgueilleux*, parce que, dit Dionis ([1]), ces tumeurs sont toujours fixes et arrêtées, pendant que le chalazion est doué de mobilité. Une division fondée sur des caractères extérieurs aussi vagues devait entraîner de la confusion, quand il s'agissait de préciser la nature de chaque espèce. Qu'on en juge par quelques exemples. A. Paré ([2]) définit le chalazion une petite éminence ronde, *transparente*, mobile, de la paupière supérieure, ressemblant à un grain de grêle. Pour Maîtrejean ([3]), c'est une petite tumeur ronde, mobile, dure, blanche et *en quelque façon* transparente. Pour Dionis ([4]), le chalazion est un petit tubercule *dur comme de petites pierres*. Guérin ([5]), qui décrit ensemble le chalazeon et la grêle, les présente comme des tumeurs rondes, *transparentes et blanches*, situées le plus souvent près du bord des paupières. Pelier de Quengsy ([6]) adopte la même opinion, et Demours ([7]) dit positivement que le chalazion est formé de *matière sébacée amassée sous l'épiderme de la marge des paupières*. Dix ans auparavant, Wenzel ([8]) écrivait que le chalazion est une tumeur du bord des paupières formée par une *lymphe concrète*. Weller ([9]) le considère comme formé d'une substance variable : de *pus endurci*, d'une masse ressemblant au *cartilage*. Pour Stœber ([10]), la chalaze est un orgeolet terminé par *suppuration*; et quant à l'orgeolet, c'est un petit furoncle développé dans une glande de Méibomius, ou dans le tissu cellulaire du bord des paupières. Mais voici que Carron du Villards ([11]) émet une opinion tout opposée; le chalazion est une petite tumeur du bord des paupières, qui est un follicule induré ou

---

([1]) *Cours d'opérations*, 4e édit.; Paris, 1740, p. 537.

([2]) Œuvres, 11e édit.; Lyon, 1652.

([3]) *Maladies de l'œil*, édit. in-4o; Troyes, 1707, p. 492.

([4]) *Loc. cit.*

([5]) *Mal. des yeux*; Lyon, 1749, p. 79.

([6]) *Cours d'opérations sur la chirurgie des yeux*; Paris et Montpellier, 1790, t. I, p. 125.

([7]) *Traité des mal. des yeux*, t. I, p. 119; Paris, 1818.

([8]) *Manuel de l'oculiste*, t. I, p. 341.

([9]) *Traité théor. et prat. des mal. des yeux*, traduit de l'allemand par F.-J. Riester; Paris, 1832, t. I, p. 112.

([10]) *Manuel pratique d'ophthalmologie*, t. I, p. 93.

([11]) *Guide pratique pour l'étude et le trait. des mal. des yeux*, t. I, p. 270.

un petit orgeolet chronique *non suppuré*. Mackenzie [1] appelle le chalazion tumeur *fibrineuse*, et dit, en termes formels, qu'il ne siége pas sur le bord libre de la paupière ; qu'il est placé à une certaine distance de ce bord. M. Velpeau [2] donne aux tumeurs appelées chalazion, grêle, grando, porosis, une acception plus large, puisqu'il comprend sous ce nom de petites verrues et même des *squirrhes* commençants. M. Deval [3], reprenant l'idée de Carron, énonce que le chalazion est un orgeolet terminé par *induration ;* il appelle orgeolet un petit furoncle du bord libre de la paupière, prenant naissance dans le tissu cellulaire qui enveloppe les bulbes et les glandes ciliaires. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* [4] rattachent le chalazion et le grêlon à la classe des kystes dermoïdes des paupières, ce qui est vrai seulement pour le petit nombre de ces tumeurs.

Si, au lieu de dénommer ces tumeurs d'après des caractères physiques variables, on s'était attaché à en rechercher la véritable nature, en se fondant sur les connaissances tirées de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique, on aurait évité cette déplorable confusion. Aujourd'hui que les recherches de Sappey [5] nous ont fait connaître les nombreux appareils glandulaires contenus dans les paupières, il est facile de rattacher toutes ces productions appelées chalaze, grêle, grêlon, crithe, grain d'orge, orgueil, grando, etc., à des kystes *préexistants* des paupières. Quand on songe aux nombreux follicules de tout genre contenus dans l'épaisseur de ces voiles membraneux, on comprend que les produits sécrétés par ces follicules peuvent s'y accumuler, et que la membrane qui les renferme subit une distension progressive ; d'où la formation d'une poche plus ou moins volumineuse ; on comprend encore que le séjour prolongé de la substance sécrétée par la membrane glandulaire, en modifie la composition ; que, par le fait de l'absorption des portions solubles, les particules solides augmentent de densité, au point de prendre, dans quelques cas, une consistance très-dure et comme pierreuse.

Ce n'est pas que nous pensions que tous les kystes des paupières, sans exception, soient des kystes préexistants. Aux paupières,

---

[1] *Traité pratique des maladies de l'œil*, 4e édit., trad. par Warlomont et Testelin, t. I, p. 209.

[2] *Dictionnaire de médecine*, en 30 vol. t. XXXIII, p. 287.

[3] *Traité des maladies des yeux ;* Paris, 1862, p. 857.

[4] T. III, p. 138.

[5] *Mémoires de la Société de biologie ;* 1853, p. 13.

comme dans d'autres régions du corps, il peut se développer des kystes consécutifs ou adventifs ; hématiques, purulents, tuberculeux ou autres. Mais ces kystes sont rares, ce qui tient probablement à l'extrême laxité du tissu cellulaire palpébral et à la diffusion des produits dans un grand espace. Les corps étrangers venus du dehors conservent dans les paupières une grande mobilité : la sérosité, le sang, le pus s'y répandent au loin. Il est donc probable que certains kystes qu'on a crus être adventifs n'étaient que des kystes préexistants. Ainsi, M. Sichel [1] a décrit des kystes *séreux* palpébraux, les uns simples, les autres séreux sanguins. Les premiers, appelés par l'auteur, hydatides, phlyctènes des paupières, se présentent sous la forme de vésicules lisses, presque transparentes, remplies d'un liquide limpide, de volume variable, depuis un grain de millet jusqu'à une petite fève, ayant leur siége surtout dans le voisinage du bord libre et des cils. N'étaient-ce pas là des kystes développés dans les follicules sébacés qui existent en si grand nombre au niveau des cils ?

Les kystes des paupières se divisent donc, comme ceux des autres régions du corps, en préexistants et consécutifs, selon que l'enveloppe préexiste au contenu, ou bien au contraire se forme après ce dernier. En raison même de la structure de ces voiles membraneux, les kystes préexistants y sont infiniment plus fréquents que les kystes consécutifs. Les recherches des anatomistes modernes ont en effet démontré qu'il existe dans l'épaisseur des paupières un appareil glandulaire d'une grande richesse : 1° des glandes sébacées, peu nombreuses et en quelque sorte rudimentaires aux paupières proprement dites, où elles s'ouvrent dans les follicules qui produisent ces poils follets disséminés sur la face cutanée ; très-nombreuses au contraire et plus volumineuses dans la région du sourcil ; 2° les glandes de Méibomius, au nombre de vingt-cinq à trente pour la paupière supérieure ; de vingt à vingt-cinq pour l'inférieure, situées dans l'épaisseur même du cartilage tarse et s'ouvrant sur la lèvre postérieure du bord libre de la paupière par autant d'orifices ; 3° les glandes ciliaires annexées aux follicules des cils, situées au-dessous du muscle orbiculaire et au-devant de la partie inférieure du cartilage tarse. Chaque follicule est pourvu de deux glandes ; celles-ci s'ouvrent sur un point rapproché de l'extrémité libre du follicule du cil ; elles sont situées à environ un demi-millimètre du bord libre de la paupière. Le produit qu'elles sécrètent est une matière sébacée.

---

[1] *Archives générales de médecine* ; 1846, 4e série, t. XI, p. 445.

Si l'on veut bien se rappeler qu'il existe à chaque paupière de cent à cent cinquante cils, on arrive à ce résultat, que chaque paupière aussi est pourvue, près du bord libre, de deux à trois cents glandes ciliaires ; 4° les glandes sous-conjonctivales, occupant l'angle de réflexion de la conjonctive oculo-palpébrale, principalement au niveau de la moitié interne de cet angle de réflexion ; au nombre de dix à vingt-cinq, du volume d'un cinquième de millimètre à celui d'un grain de millet ; d'une structure semblable à celle des glandules mucipares de la base de la langue ; pourvues enfin d'un conduit excréteur au moins aussi long que le corps de la glande.

Tous ces follicules simples ou agrégés, contenus dans l'épaisseur des paupières, sont autant de sacs dans lesquels la substance sécrétée peut s'accumuler, distendre les parois de la poche, et donner lieu à la formation d'une tumeur plus ou moins volumineuse qui rentre dans la classe des kystes. Admettez que l'ouverture d'une des glandes sébacées de la paupière proprement dite s'oblitère, la matière sécrétée dans la poche s'y accumulera, et il se formera une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle ou d'un pois, et si les parois n'en sont recouvertes que par l'épiderme, la tumeur sera le plus souvent transparente. Si au contraire le kyste se développe dans l'épaisseur du derme, comme cela se voit au sourcil, la surface présentera une couleur mate. Si, dans cette dernière région, l'occlusion porte sur l'ouverture extérieure du follicule pileux, en laissant libres les orifices de communication entre les glandes sébacées et le follicule lui-même, la tumeur prendra un plus grand accroissement. Le poil sécrété par le bulbe, ne pouvant plus s'accroître ni tomber à l'extérieur, restera dans la petite poche. Des poils de nouvelle formation s'y accumuleront, et, après un certain temps, il se sera formé dans l'épaisseur de la peau des paupières, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, un *kyste pileux*. Pareil mode de formation s'applique aux kystes des follicules méibomiens ; que, par une circonstance quelconque, l'embouchure d'un des conduits accessoires dans le conduit principal s'oblitère ; ou bien encore, que le canal excréteur lui-même cesse d'être perméable dans un point de son trajet ou à l'orifice externe, la matière sébacée s'accumulera au-dessus de l'obstacle, distendra progressivement les parois du conduit. Ici, le kyste est logé dans l'épaisseur même du cartilage tarse ; si la paroi antérieure cède de préférence, la tumeur proémine en avant du côté de la peau ; si c'est la paroi postérieure, c'est du côté de la conjonctive. Toutefois, les mouvements incessants des paupières, leur frottement sur le globe, auront pour conséquence de repousser de

préférence la tumeur en dehors ; aussi la plupart de ces kystes font une certaine saillie en avant, et donnent lieu bientôt à une petite difformité qui éveille la sollicitude des malades. Les follicules et les glandes ciliaires peuvent être également le point de départ de la formation de kystes, par un mécanisme analogue. Qu'il se produise une oblitération de l'ouverture d'abouchement de la glande ciliaire dans le follicule, la matière sébacée s'accumule dans la première, et il se développe un kyste rapproché du bord libre de la paupière, différant des kystes sébacés formés aux dépens des glandes sébacées de la peau, par leur siége plus profond. Si le canal du follicule ciliaire s'oblitère sur un point, il pourra se former, par un mécanisme déjà indiqué précédemment, un kyste pileux situé entre le cartilage tarse et le muscle orbiculaire.

De toutes les variétés de kystes des paupières, les plus fréquentes sont celles qui naissent aux dépens des follicules méibomiens, et, pour mon compte personnel, je n'en ai pas rencontré qui fussent développées dans les follicules ciliaires. Rien de plus commun cependant que l'inflammation de ces derniers organes à l'état aigu, et surtout à l'état chronique. Comment donc se fait-il que les produits sécrétés par ces follicules ne tendent pas à s'y accumuler ? Cela tient-il à leur siége entre le cartilage tarse et le muscle orbiculaire, ce dernier les comprimant pendant les mouvements des paupières contre le cartilage, et chassant sans cesse de cette façon le fluide sécrété ? Sans vouloir nier la possibilité de la formation de kystes de ce genre, j'en ferai abstraction pour le moment, et n'envisagerai que les trois espèces suivantes : les kystes sébacés cutanés, les kystes sébacés sous-musculaires, et les kystes développés aux dépens des follicules de Méibomius, que nous appellerons désormais kystes *méibomiens.*

1° Kystes sébacés cutanés des paupières.

L'incision simple est insuffisante ; il faut de toute nécessité la faire suivre d'une cautérisation de la face interne de la poche, après en avoir évacué le contenu. Une méthode plus expéditive consiste, après avoir ouvert largement la petite tumeur, à saisir avec une pince la membrane muqueuse qui la revêt et à l'attirer au dehors, par une traction douce et soutenue ; si on n'avait pas enlevé toute la poche, on cautériserait le fond avec un crayon de pierre infernale. C'est ainsi que je me suis conduit dans le cas suivant :

Obs. I. *Kyste sébacé de l'angle externe des paupières.— Arrachement du kyste. — Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.*

— *Guérison rapide.* — Le jeune G***, âgé de sept ans, de la clientèle de M. le docteur Mayer, était atteint d'une tumeur du volume d'un gros pois, située immédiatement en dehors de l'angle externe des paupières droites. La tumeur était dure, bien circonscrite, à peu près sphérique, mobile en tous sens, avec adhérence de la peau. Le 26 novembre dernier, je procède à l'opération suivante : la tumeur étant convenablement fixée, je la traverse, dans toute la longueur, avec la pointe d'un petit bistouri. Il s'en échappe de la matière tout à fait analogue à du suif. Avec une pince à griffes, je saisis le kyste et l'enlève d'une seule fois ; je pratique une légère cautérisation du fond de la plaie.

Le 6 décembre, la petite escarre est détachée ; il reste une plaie d'une étendue insignifiante, qui se cicatrise au bout de quelques jours.

2° Kystes sébacés sous-musculaires de la paupière.

Ces kystes se rencontrent surtout vers la partie supérieure de la paupière, au niveau du sourcil. Ils sont très-mobiles et peuvent être déplacés en tous sens ; la peau qui les recouvre est libre d'adhérence, sans changement de couleur.

Ils se développent entre le muscle orbiculaire et le ligament large de la paupière. La présence de ce ligament met obstacle à l'extension de la tumeur du côté de l'orbite et la refoule en avant.

Il n'est pas facile de se rendre compte de leur mode de formation. Qu'ils reconnaissent pour point de départ l'hypertrophie d'un follicule sébacé, ou même d'un follicule pileux, puisqu'on y a rencontré parfois des poils, cela est incontestable. Mais ces follicules sont annexés à la peau du sourcil, et les poils qui forment cette éminence ne pénètrent pas plus profondément que le derme. C'est cependant au-dessous des fibres musculaires, comme nous l'avons dit, que ces kystes prennent naissance. Il y a donc là une anomalie ; et si on réfléchit qu'au rapport des malades, ces tumeurs remontent à la plus tendre enfance, et sont même congénitales, on en reportera le développement à une aberration de la force formatrice qui a produit des follicules sébacés ou pileux dans une région où ils n'existent pas habituellement.

Quoi qu'il en soit, on tenterait en vain d'obtenir la disparition de ces tumeurs par des pommades résolutives de tout genre. Les caustiques appliqués sur la peau qui les recouvre n'en produiraient la guérison qu'autant qu'ils détruiraient au préalable la peau et le muscle orbiculaire qui les recouvre ; ce qui nécessiterait des applications réitérées, entraînerait de grands délabrements, et par conséquent une cicatrice difforme.

Les injections irritantes portées dans le kyste, notammen les injections iodées, sont tout à fait insuffisantes, parce que le kyste est revêtu à l'intérieur d'une membrane de nature muqueuse. A la sollicitation d'un de nos confrères, j'ai employé une fois cette méthode de traitement, qui m'a donné un résultat négatif.

Obs. II. *Kyste sébacé profond de la paupière supérieure droite. — Ponction et injection iodée. — Résultat nul.* — La nommée X***, âgée de dix-neuf ans, femme de chambre chez le docteur L***, est affectée, depuis la plus tendre enfance, d'une tumeur située à la partie supérieure externe de la paupière supérieure droite. Cette tumeur présente actuellement le volume d'une noisette; elle est globuleuse, très-bien circonscrite, mobile en tous sens, si bien qu'on peut la déplacer en haut jusque sur l'arcade orbitaire. Elle est rénitente, élastique, fluctuante, la peau qui la recouvre n'est pas adhérente, un peu plus colorée cependant qu'au voisinage. Le 19 février 1861, après avoir refoulé la tumeur en haut, de façon à l'appuyer sur l'arcade orbitaire, je pratique une ponction avec un petit trocart. Rien ne sort par la canule ; en introduisant dans cette dernière un stylet cannelé, je ramène avec l'instrument explorateur de la *matière sébacée*. Je retire la canule et, par l'ouverture du trocart, je fais sortir, en comprimant les parois du kyste, la même matière moulée à la filière. La poche est ainsi complétement vidée. Une injection de teinture d'iode est poussée dans le kyste. Le lendemain, la tumeur est en partie reproduite ; il existe un léger œdème de la paupière supérieure.

Le 16 mars, la tumeur a repris ses dimensions primitives. Convaincu de l'inutilité d'une ponction et d'une injection irritante, pour guérir une tumeur de ce genre, je propose à la jeune fille l'extirpation du kyste, ce qu'elle refuse formellement.

On obtiendrait sûrement l'inflammation de la face interne du kyste par la simple *incision* de toutes les parties molles qui le recouvrent, à la condition de maintenir dans la poche un corps étranger, de la charpie par exemple, jusqu'à ce que la membrane granuleuse développée dans le kyste se transformât en cicatrice. La présence permanente de ce corps étranger, dans des tissus profonds, pourrait occasionner une phlegmasie intense, des infiltrations purulentes. L'*extirpation* de la tumeur est donc la méthode à préférer.

Procédé opératoire. On commence par raser les poils du sourcil à l'endroit correspondant à la tumeur, afin que la cicatrice soit dissimulée. On pratique une incision horizontale, suivant le grand diamètre du kyste et on divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'interstice des fibres de l'orbiculaire. Nous disons l'interstice, car l'incision est précisément parallèle à la di-

rection des fibres musculaires. On arrive alors sur la face antérieure du kyste. Pour mettre celui-ci complétement à découvert, il est souvent nécessaire de disséquer minutieusement les tissus qui le recouvrent, c'est-à-dire les fibres de l'orbiculaire. On les ménage en pratiquant cette dissection parallèlement et non perpendiculairement à la plaie extérieure. Si des vaisseaux d'un calibre tant soit peu inquiétant ont été intéressés, on les lie immédiatement. Une précaution importante est de faire éponger le sang à mesure que le bistouri divise les tissus ; de cette façon les parties plus profondes ne sont pas masquées, et l'on évite l'ouverture du kyste, ce qui en rend l'extirpation plus difficile, la poche ne tardant pas à s'affaisser. Une fois la tumeur isolée en avant, on la sépare des parties profondes, en faisant écarter largement les lèvres de la plaie extérieure. De nouvelles artères ont-elles été ouvertes, on en pratique la ligature ; lorsque, par le fait de la rétraction que ces vaisseaux subissent, il est impossible de les saisir, il est facile d'exercer une compression sur le fond de la plaie, en prenant un point d'appui sur l'arcade orbitaire.

Pansement. Il ne faut pas tenter une réunion par première intention. Les couches superficielles, c'est-à-dire la peau, seraient cicatrisées, alors que les parties profondes seraient en pleine suppuration. On introduit dans le fond de la plaie quelques brins de charpie, et par-dessus on place un plumasseau, le tout soutenu par un bandage contentif approprié. Ce pansement est renouvelé tous les jours, avec la précaution de diminuer la quantité de charpie introduite jusqu'au fond de la plaie, à mesure que celle-ci se comble.

C'est en me conformant aux préceptes qui viennent d'être exposés, que j'ai obtenu le résultat le plus satisfaisant dans le fait suivant :

Obs. III. *Kyste sébacé sous-musculaire de la région sourcilière droite. — Extirpation de la tumeur. — Guérison.* — M. T***, âgé de cinquante ans, bijoutier, me consulte, le 5 novembre dernier, pour une tumeur de la région orbitaire, dont le développement remonte à la plus tendre enfance, et même, dit le patient, à la naissance. Depuis quelques jours la grosseur a augmenté, et la peau qui la recouvre a rougi un peu.

Il existe, dans la région orbitaire droite, une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, commençant sous la queue du sourcil, se portant transversalement en dedans, et reposant en partie sur le rebord de l'orbite, pendant que la partie inférieure dépasse ce rebord. On imprime à la production morbide des mouvements en tous sens ; la peau qui la recouvre ne lui adhère nullement. La tumeur est demi-molle, presque fluctuante, point dou-

loureuse à la pression. L'extrémité interne paraît se continuer avec une sorte de petit prolongement qui se perd insensiblement sous la peau du sourcil. La tumeur occasionne, en raison du soulèvement qu'elle produit dans la région qu'elle occupe, une difformité manifeste ; elle refoule un peu toute la paupière supérieure en bas et diminue par cela même, comme le malade le fait remarquer, l'étendue du champ visuel.

Le 7 novembre, je procède, en présence et avec l'assistance de M. le docteur Rigaud, à l'extirpation de la tumeur. Les poils du sourcil ayant été au préalable rasés, une incision horizontale, longue de 3 centimètres environ, divise la peau, puis les couches du muscle orbiculaire des paupières, muscle qu'il faut traverser dans toute l'épaisseur, pour mettre à découvert la production morbide. Celle-ci est isolée de toutes parts, ce qui nécessite une dissection minutieuse du muscle orbiculaire, dont nous tenons à conserver le plus de fibres possible. La tumeur, ayant été mise à découvert en avant et sur les côtés, n'a plus d'adhérences qu'avec le périoste de la portion du frontal subjacente au sourcil ; ces adhérences sont également détachées avec le bistouri, et le kyste complétement enlevé.

Ce kyste a le volume d'une noisette ; les parois assez épaisses et résistantes sont de couleur gris jaunâtre ; la substance renfermée dans la poche est de la matière mélicérique.

Il n'y a pas d'hémorragie ; nous pansons à plat, après avoir introduit dans le fond de la plaie quelques petites boulettes de charpie sèche pour arrêter un suintement sanguin.

Le surlendemain, légère tuméfaction des paupières; chémosis séreux du même côté. Le 12 novembre, la plaie est en pleine suppuration, le chémosis a disparu. Le 18, elle marche vers la cicatrisation, et le 30, il ne restait qu'une solution de continuité insignifiante. Enfin, le 6 décembre, la guérison est complète.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelles formules de glycérolés.

Par M. Simon, de Berlin.

Dans un des articles que nous avons publiés récemment sur les pommades à la glycérine, nous avons exprimé le regret de ne pouvoir citer les travaux de M. Simon, pharmacien distingué de Berlin, qui, lui aussi, avait tenté de faire entrer ces nouvelles préparations dans la pratique des médecins allemands. Un article emprunté au *Memorabilien a. d. praxis*, que nous trouvons dans l'*Annuaire de Thérapeutique*, pour 1862, nous permet de combler cette lacune.

Un fait nous étonne dans cette note, c'est qu'après avoir décrit le mode de préparation de l'excipient nouveau, qu'il désigne sous la dénomination d'*onguent à la glycérine*, M. Simon ne publie que des formules de simples solutions de substances médicamenteuses dans la glycérine, c'est-à-dire de glycérolés. Y avait-il d'autres formules que M. Bouchardat aurait omises? cela n'est pas probable. Puisque le sujet est encore à l'étude, nous reproduisons ce document en entier, quoique plusieurs de ces formules ne soient pas nouvelles, ainsi que le pense l'auteur.

Glycérolé de créosote.

Pr. Glycérine............................ 2 parties.
Créosote............................ 1 partie.

Cette préparation est employée pour le pansement des ulcères fétides et gangréneux.

Glycérolé de tanin.

Pr. Tanin en poudre........................ 1 partie.
Glycérine............................ 10 parties.

Plaies, fissures à l'anus, cancers.

Glycérolé d'atropine.

Pr. Atropine............................ 1 partie.
Glycérine............................ 240 parties.

Les glycérolés des autres alcaloïdes se préparent, dit M. Simon, d'après la même formule. Cela est possible, mais ils ne s'emploient pas alors aux mêmes doses, car tous ces agents sont loin de posséder la même énergie d'action.

Glycérolé de collodion.

Pr. Collodion............................ 6 parties.
Glycérine............................ 8 parties.

Engelures et plaies résultant de brûlures. Cette association nous paraît peu heureuse.

Glycérolé de goudron.

Pr. Goudron............................ 1 partie.
Glycérine............................ 5 parties.

Glycérolé d'aloès.

Pr. Aloès............................ 1 partie.
Glycérine............................ 10 parties.

Dermatoses chroniques.

Pommade de glycérine à l'iodure de potassium pour le traitement de certaines maladies de l'œil.

L'action résolutive de l'iode et de ses sels est trop connue pour que nous ayons à la rappeler, à propos des applications de ces précieux agents thérapeutiques au traitement des affections oculaires. Mais, dans l'espèce, c'est surtout à l'iodure de potassium qu'on a recours; ce sel est moins agressif que l'iode, aussi l'emploie-t-on à dose plus élevée, et il ne décompose pas le glycérolé d'amidon.

L'observation clinique avait démontré qu'on pouvait le prescrire avec avantage toutes les fois qu'il s'agissait de solliciter la résorption d'un produit développé même au sein de l'œil; ainsi dans les cas d'exsudations de la capsule du cristallin. M. le professeur Gosselin est venu récemment nous donner la preuve de son action topique dans ces cas; il a démontré que ce médicament pénètre dans les chambres oculaires, en passant à travers la cornée. L'intéressant travail du savant chirurgien est trop présent encore à la mémoire de nos lecteurs pour que nous ayons à rappeler ses expériences à cet égard.

Les résultats fournis par l'observation clinique, et les recherches expérimentales de M. Gosselin, nous permettent d'établir la prééminence de la pommade à l'iodure de potassium sur les solutions de ce sel, lorsqu'on veut provoquer la résorption de produits plastiques intra-oculaires; aussi l'avons-nous indiqué depuis longtemps dans le traitement médical des cataractes. On doit encore lui donner la préférence lorsqu'on y a recours pour combattre les taies de la cornée, car le contact de l'agent médicamenteux est plus prolongé. La formule générale de cette pommade est la suivante :

Iodure de potassium..................	0,10 à 1 gramme.
Glycérolé d'amidon....................	15 grammes.

MM. Cap et Garot nous ont appris que 1 partie d'iodure de potassium se dissolvait dans 3 parties de glycérine. Si on voulait user de cette pommade pour des frictions sur les tempes, on pourrait donc élever de beaucoup la dose que nous indiquons comme agent topique à introduire entre les paupières.

Une application précieuse de l'iodure de potassium, signalée par un oculiste allemand, serait de détruire la teinte bronzée que l'emploi longtemps prolongé des collyres au nitrate d'argent donne au globe oculaire; l'expérimentation clinique n'a pas confirmé les

assertions hâtives de ce médecin. Nous avons vu même cette coloration survenir chez une malade qui avait usé pendant plusieurs années d'une pommade dans laquelle le sel d'argent était associé à l'iodure de potassium.

Formule d'un liquide hygiénique à distribuer aux prostituées.

Dans un très-intéressant travail sur la prophylaxie des maladies vénériennes, M. le professeur Jeannel, de Bordeaux, a été conduit à donner une nouvelle formule de liquide hygiénique. Comme ce document peut intéresser ceux de nos confrères qui sont médecins des dispensaires établis aujourd'hui dans toutes les grandes villes, nous en reproduisons les conclusions.

1° La solution de soude employée à Bruxelles (lessive des savonniers, 1 partie ; eau, 20 parties) offre plusieurs inconvénients : elle absorbe l'acide carbonique de l'air et change de nature, et surtout, en nettoyant les surfaces, elle use l'épithélium qui protége les muqueuses ; elle favorise les érosions et elle est essentiellement débilitante, tandis que l'indication à remplir n'est pas seulement d'enlever et de dénaturer les liquides virulents, mais encore de tonifier les organes et de tarir les leucorrhées.

2° Un liquide hygiénique destiné à être distribué aux prostituées pour l'usage extérieur ne doit pas être vénéneux à l'intérieur, même à fortes doses, car il deviendrait un moyen de suicide, ou quelque ivrogne pourrait s'empoisonner en le buvant par inadvertance.

3° L'eau hygiénique ne doit pas être trop chargée de sels ferrugineux ; si elle en contient seulement 2/1000 elle tache le linge, et les filles refusent de s'en servir.

4° Il est de la plus grande utilité que l'eau hygiénique soit d'une odeur agréable ; cela seul suffirait pour engager les filles et les hommes qui les fréquentent à la prodiguer comme cosmétique.

5° Je considère le sulfate de cuivre comme neutralisant les virus animaux aussi énergiquement que le bichlorure de mercure, l'azotate d'argent ou le perchlorure de fer. C'est peut-être d'ailleurs le meilleur des substitutifs à employer contre les affections chroniques des muqueuses génitales, comme il l'est contre les conjonctivites.

6° L'alun et le sulfate de fer ont été recommandés par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la prophylaxie des maladies vénériennes. Ces deux sels ont été ajoutés comme adjuvants du sul-

fate de cuivre, dont il n'a pas été possible d'élever la dose à plus de 1/1000 sans danger d'empoisonnement [1].

7° La consommation d'un liquide de cette nature ne peut se maintenir que moyennant des recommandations continuelles et une surveillance non interrompue, car les prostituées sont incapables de prévoyance et de persévérance, et en outre elles changent fréquemment de résidence, et les recrues de chaque jour doivent être prévenues de ce qui est conseillé ou prescrit.

8° La plupart des filles ont accepté cette innovation avec gratitude ; de nombreux rapports affirment que les hommes, après avoir pris connaissance de l'instruction affichée dans les chambres, réclament impérieusement l'eau hygiénique.

9° L'usage habituel de ce liquide tarit les leucorrhées. Les injections faites trois fois par jour, la femme étant couchée sur le dos, font disparaître en peu de temps les érosions du col utérin. Cependant quelques femmes se plaignent d'un excès d'astriction et doivent l'employer étendu d'eau.

10° Il me paraît difficile d'admettre qu'une pareille dissolution en lotions ou en injections, après le coït, n'ait aucune influence particulière sur l'infection vénérienne ; mais ce qui ne saurait être douteux, c'est que la distribution d'un liquide, fût-il simplement aromatique, généralisant l'usage des lotions et des injections après les rapports sexuels, est éminemment utile et entre dans les vues de tous les hygiénistes qui se sont occupés de la prophylaxie des maladies vénériennes.

---

[1] Voici la formule adoptée par le dispensaire de Bordeaux :

Alun		15 grammes.
Sulfate de protox. de fer	} ãã.	1 grammo.
Sulfate de cuivre	}	
Eau commune		1 litre.
Alcool aromatique composé		1 gramme.

Dissolvez ; agitez.

Le prix de revient est d'environ 4 centimes ; la distribution se fait au prix de 10 ceutimes le litre.

La consommation est de plus de 600 litres par mois.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouvelle observation de contracture spasmodique du sphincter vaginal.

Lettre à M. le docteur Debout, par M. Bourguet (d'Aix).

Vous avez, à plusieurs reprises, appelé l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* sur la contracture vulvaire, maladie peu étudiée ou du moins peu connue jusqu'ici, et cependant très-digne de l'être, à cause de l'importance du trouble fonctionnel qui l'accompagne et auquel le médecin est appelé à porter remède.

M. Michon, dans la communication très-intéressante et très-remplie de faits qu'il vous a adressée à ce sujet, me paraît avoir mis le doigt sur la cause principale qui a empêché bien des chirurgiens de publier les cas de ce genre que le hasard leur avait permis d'observer : c'est « la difficulté qu'il y a à traiter un sujet aussi délicat. » Pour mon compte, je n'hésite pas à vous avouer que c'est là le motif qui m'avait retenu jusqu'aujourd'hui. Mais l'appel que vous voulez bien m'adresser m'engage à me départir de cette réserve, avec d'autant plus de raison d'ailleurs, qu'en y réfléchissant avec attention, on ne tarde pas à se convaincre que l'état morbide dont il est question, sans offrir par lui-même un danger sérieux, peut avoir cependant des conséquences très-graves, non-seulement en ce qu'il est pour la femme une source de douleurs physiques des plus vives et des plus pénibles, mais encore en ce qu'il empoisonne son existence, trouble le bonheur domestique, et l'empêche d'éprouver les joies de la maternité, tandis qu'un traitement des plus simples eût permis, presque toujours, d'en obtenir facilement et rapidement la guérison.

Ceci dit, je me hâte d'arriver à l'exposé du fait que je vous ai annoncé tout à l'heure.

Obs. *Contracture spasmodique du sphincter vaginal; dilatation progressive permanente; guérison rapide.* — Une villageoise, âgée de quarante et un ans, exerçant un petit commerce de mercerie, de constitution moyenne, un peu nerveuse, régulièrement menstruée, mariée depuis vingt et un ans, n'ayant jamais eu d'enfants, vient nous consulter, le 20 septembre dernier, et nous donne sur sa maladie les renseignements suivants :

Pendant les trois ou quatre premières années de son mariage, elle a pu cohabiter avec son mari, sans éprouver rien de particulier du côté des organes génitaux. Mais, peu à peu, les rapports conjugaux sont devenus pénibles et douloureux pour elle, sans qu'il lui soit

possible d'en indiquer la cause. La douleur qu'elle ressentait, d'abord assez légère, a été insensiblement en augmentant et a fini par devenir assez vive pour l'obliger à renoncer à peu près entièrement à tous rapports sexuels complets. Depuis environ dix-sept ans que dure cet état, le coït, ajoute-t-elle, a été pratiqué très-rarement, et il l'a été presque toujours d'une manière incomplète. La sensation de douleur qu'elle ressent, lorsque des tentatives de cohabitation complète ont lieu, est tellement intense et tellement aiguë, que le mari, par affection pour sa femme, et afin de lui éviter de pareilles souffrances, y a renoncé à peu près complétement. Elle assure, d'ailleurs, qu'elle n'a pas hésité plusieurs fois, quelque étrange que ce fait puisse paraître, à conseiller à son mari d'avoir une maîtresse, plutôt que d'avoir à supporter la douleur d'une copulation complète.

L'examen des organes génitaux permet de constater une rougeur érythémateuse de l'entrée de la vulve, sans gerçures ni excoriations ; cette rougeur se propage jusque dans le conduit vaginal, qui est le siége d'un écoulement leucorrhéique blanchâtre peu abondant. Sur la face interne des grandes lèvres et à l'entrée du vagin, on distingue plusieurs follicules muqueux enflammés et hypertrophiés. L'orifice du vagin ne permet pas l'introduction du doigt ; chaque fois que cette introduction est tentée, la malade recule en poussant des cris de douleur ; si on persiste à l'introduire, malgré la douleur et les cris de la malade, on sent le doigt fortement serré par la contraction du plan musculaire sous-jacent, absolument comme dans les cas de fissure à l'anus.

Le mari est âgé de quarante-huit ans ; il paraît jouir d'une assez bonne santé habituelle, mais ne présente pas pourtant les attributs d'une constitution très-vigoureuse ; son membre viril est peu développé ; il n'existe et ne paraît avoir jamais existé chez lui d'affection siphylitique ; la femme, de son côté, n'en offre pas le moindre vestige ; ni l'un ni l'autre ne sont atteints d'affection herpétique.

Le traitement commencé, le jour même, consiste tout d'abord dans la dilatation forcée, après chloroformisation préalable, en introduisant les deux indicateurs dans le vagin et les écartant brusquement, suivant la méthode de Récamier pour la fissure à l'anus ; puis, dans la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent des follicules hypertrophiés et enflammés ; enfin, dans l'introduction d'un corps dilatant laissé à demeure.

Le premier jour, nous nous bornons à introduire une forte mèche de charpie enduite de cérat ; le lendemain, la mèche de charpie est remplacée par un petit sac de toile fine, de la grosseur du petit doigt, long de 8 à 9 centimètres, rempli de coton cardé, analogue à la chemise dont se servait Dupuytren pour le tamponnement à la suite de l'opération de la taille, et parfaitement graissé de cérat à l'extérieur. Ce petit appareil reste en place toute la journée ; le soir, il est renouvelé et remplacé par un autre un peu plus volumineux ; comme il paraît atteindre assez bien le but désiré, et que nous n'avons pas à notre disposition d'ampoule de caoutchouc, nous continuons ce même moyen les jours suivants, en donnant au corps di-

latant des dimensions de plus en plus considérables, le renouvelant matin et soir et le laissant à demeure.

Nous arrivons ainsi, au bout de cinq à six jours, à introduire des cylindres de 25 millimètres de diamètre, qui n'occasionnent aucune irritation et ne fatiguent que très-médiocrement la malade, quoique gardés nuit et jour. A ce traitement local est ajouté un bain général tous les deux jours; un bain de siége froid, de quelques minutes de durée, tous les matins; et une seconde cautérisation avec le nitrate d'argent, portant, cette fois, non-seulement sur les follicules muqueux hypertrophiés, mais encore sur toutes les parties atteintes de rougeur érythémateuse.

Sous l'influence de cette médication si simple, nous voyons la contracture du sphincter vaginal se dissiper graduellement, de même que la douleur au contact, l'écoulement leucorrhéique et les autres symptômes inflammatoires précités.

Le 28 septembre, huitième jour du traitement, des rapports sexuels complets ont lieu presque sans douleur; les jours qui suivent, la dilatation progessive permanente, le bain général tous les deux jours, le bain de siége froid tous les jours, continuent à être mis en usage; le volume des corps dilatants est porté à 3 centimètres de diamètre, et même au delà.

Le 1er octobre, dix jours après son arrivée, la malade se considère comme guérie et veut repartir pour son village. Les deux derniers jours, le corps étranger ne séjourne dans le vagin que pendant le jour seulement. Nous conseillons de recourir encore, de temps à autre, à cette dilatation mécanique, afin de prévenir le retour de la contracture. La chose est d'autant plus facile, que le mari est très-bien parvenu à placer lui-même le petit sac rempli de coton, et que la présence de ce dernier n'empêche pas la malade de rester levée, de se promener et de vaquer à ses occupations. Avant son départ, nous l'examinons au spéculum; le col utérin est trouvé complétement sain, ainsi que la cavité vaginale. Cet examen n'est pas douloureux, quoique nous nous servions d'un spéculum bivalve à développement d'un assez gros calibre. Il est vrai que le calibre du spéculum n'est pas plus considérable que celui des corps étrangers introduits pendant les derniers jours.

Depuis cette époque, nous avons reçu une fois la visite du mari, dans le courant de novembre dernier. Il nous a assuré que la guérison persistait.

Cette observation, ainsi que vous n'aurez pas manqué de le remarquer vous-même, diffère de celles que vous avez eu occasion de recueillir et de celles qui ont été rapportées par MM. Huguier, Michon, Perrin, Borelli, Caradec, en ce que la malade, au lieu d'appartenir à la classe élevée de la société, n'était qu'une simple villageoise, dépourvue d'instruction et d'intelligence fort ordinaire. Elle offrait, il est vrai, un peu de prédominance nerveuse, de même que celles dont nous venons de rappeler les observations; mais cette prédominance

n'était pas très-prononcée, et ne s'était jamais accompagnée de mouvement spasmodiques.

Il résulte donc de ce fait une première conséquence, c'est que la contracture vulvaire peut s'observer parmi toutes les classes de la société. C'est là une considération qui a son importance et qui démontre encore davantage combien l'étude de cet état morbide est digne d'intérêt.

J'y trouve en second lieu la justification de la distinction en deux catégories de cas établis par M. Michon, et admise par vous, savoir :

1° Ceux dans lesquels la contracture vaginale paraît se rattacher à une modification morbide du plan musculaire qui entoure le vagin, et apparaît à toute époque du mariage, même chez une femme qui a eu des enfants ;

2° Ceux dans lesquels les rapports sexuels n'ont jamais pu avoir lieu par excès de prudence, ou par défaut de puissance de la part du mari.

Vous aurez remarqué, en effet, que chez la malade dont je viens de vous raconter l'histoire, les rapports sexuels ont eu lieu d'une manière complète pendant plus de trois ans consécutifs, et que ce n'est qu'au bout de ce temps qu'ont apparu les premiers symptômes de la contracture vaginale. J'ajouterai que la contracture était ici tellement évidente et tellement prononcée, que le doigt, introduit dans l'anneau vulvaire, était fortement serré, quoique le vagin présentât en réalité une amplitude assez considérable.

Quant à la contracture de la seconde espèce (entretenue, sinon occasionnée par un excès de prudence, ou un défaut de puissance de la part du mari), plusieurs des faits de M. Michon, votre première observation, celle de M. Perrin, la démontrent sans réplique. Je dirai même plus, je crois, pour mon compte, ces faits plus fréquents que les premiers, et j'ai reçu à ce sujet quelques confidences qui n'ont fait que me confirmer dans cette persuasion, en me démontrant qu'il y a là un chapitre tout nouveau et fort intéressant à ajouter aux causes de la stérilité chez la femme. Malheureusement, le médecin est assez rarement consulté en pareil cas, et lors même qu'on fait appel à ses lumières, il n'arrive pas toujours à démêler la vérité et à obtenir des renseignements exacts : la femme, en effet, répugne essentiellement à entrer dans ces détails, et le mari, de son côté, n'avoue pas aisément qu'il a peu de vigueur génésique, qu'il manque de tenue dans l'érection, etc., etc. ; or, sans des renseignements précis, le diagnostic reste incertain, et les moyens de traitement qui eussent permis de triompher de cet état morbide ne sont pas mis en usage.

A quelle cause convient-il de rapporter la production de la contracture chez notre malade?

En ce qui me concerne, je n'en aperçois pas d'autre que la rougeur érythémateuse de l'entrée de la vulve et l'hypertrophie des follicules mucipares indiquant un état d'irritation chronique de ces parties. Quant à l'existence d'une fissure ou de toute autre lésion externe, le soin apporté à l'examen du sujet me permet d'affirmer qu'il n'y avait rien de semblable.

Mais, en dehors de cette manifestation extérieure toute locale, ne pourrait-on pas se demander si ces symptômes ne tiendraient pas à un état diathésique général, ou bien s'ils ne seraient pas simplement la conséquence de tentatives avortées de copulation?

L'absence de toute manifestation de diathèse herpétique, vénérienne ou autre, me porterait plutôt à incliner vers cette dernière hypothèse, que le peu de vigueur physique du mari rend d'ailleurs assez plausible. On comprend très-bien, en effet, que des tentatives de cette nature, non suivies de succès et fréquemment répétées, doivent à la longue congestionner et irriter les tissus qui ont à les subir, et peuvent amener insensiblement un certain degré de phlegmasie qui soit suivie de la contracture spasmodique. Quoi qu'il en soit, je n'insisterai pas davantage sur ce point, les renseignements obtenus n'étant pas assez précis.

Je terminerai en appelant votre attention sur le moyen employé pour pratiquer la dilatation et la manière dont celle-ci a été exécutée.

L'instrument dilatant dont je me suis servi a été, vous vous en souvenez, un simple sac de toile rempli de coton. Ce moyen vous paraîtra peut-être un peu primitif... je le reconnais; mais c'était le seul que j'eusse actuellement sous la main. J'ajouterai, au reste, que cet appareil instrumental a l'avantage de ne pas coûter cher, qu'il est facile à se procurer en tout temps et en tout lieu, et pardessus tout qu'il a réussi. En faut-il davantage pour constituer un bon moyen? Je laisse à votre expérience et à votre sagacité le soin de décider?...

Le mode de dilatation mis en usage a été la dilatation *permanente progressive*, au lieu de la dilatation *simplement intermittente* employée par vous, ainsi que par MM. Michon et Perrin. Le motif qui m'a engagé à suivre cette règle de conduite a été la persistance de l'hyperesthésie et de la contracture vulvaires, nonobstant la dilatation forcée pratiquée le premier jour. L'absence de toute espèce d'inconvénient, par l'effet du séjour à demeure d'un corps étranger dur et résistant dans la cavité vaginale, m'a engagé à continuer les

jours suivants et à rendre ces corps étrangers de plus en plus volumineux. La rapidité de la guérison, obtenue dans l'espace de neuf à dix jours, quoique la contracture datât d'environ dix-sept ans, semble indiquer que la dilatation permanente n'est pas un moyen à dédaigner. Dans tous les cas, c'est un moyen de plus mis à la disposition du chirurgien, et à ce titre, le fait m'a paru mériter d'être signalé. J'avais craint tout d'abord que le contact de ce corps étranger sur la muqueuse du vagin n'augmentât la rougeur et la sensibilité dont elle était le siége; mais il n'en a rien été, comme vous l'avez vu, et c'est là ce qui m'a engagé à persévérer. Il est vrai qu'il a été fait deux cautérisations avec le nitrate d'argent, et que cinq à six bains généraux et sept à huit bains de siége ont été pris dans l'intervalle; mais je ne crois pas que ces moyens, tout utiles qu'ils aient été, eussent déterminé la guérison à eux seuls, non plus que la dilatation forcée pratiquée le premier jour, et je reste convaincu que la dilatation permanente progressive a eu dans ce cas les honneurs de la guérison.

Telles sont, mon cher confrère, les quelques réflexions qui me sont inspirées par le fait que je vous communique. Je désire qu'elles vous paraissent fondées et qu'elles offrent assez d'intérêt par elles-mêmes pour que vous croyiez devoir les communiquer à vos lecteurs.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des affections nerveuses et chloro-anémiques, considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles, par M. A.-E. Mordret, docteur-médecin prosecteur, chirurgien et médecin suppléant de l'asile des aliénés de la Sarthe, membre du Conseil d'hygiène de la Sarthe, membre du bureau de charité, etc., deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine, lauréat de l'Académie médico-chirurgicale de Madrid et de la Société de médecine de Gand, membre correspondant de ces deux compagnies, de la Société anatomique et de plusieurs Sociétés savantes.

L'ouvrage dont nous allons parler est un des deux travaux les plus particulièrement distingués par l'Académie impériale de médecine dans le concours ouvert par cette Société savante en 1859, sur la question de l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse. Rien qu'à considérer cette question au point de vue de l'influence que sa solution peut exercer sur la pratique de la médecine, il est évident qu'il en est peu qui la priment par leur importance, par leur opportunité. Ce dernier mot pourrait être relevé, et l'a

déjà été implicitement par un journal fort répandu dans notre petit monde médical ; et pourtant, si l'on veut bien consulter la dernière édition du *Traité du diagnostic médical* de M. le docteur Racle, la *Nosographie* de M. le professeur Bouillaud, si l'on veut bien se reporter par la pensée à quelques-unes des dernières et grandes discussions de l'Académie, peut-être trouvera-t-on qu'en disant que la question mise au concours par cette savante compagnie ne manquait pas d'opportunité, nous ne sommes pas dans une complète illusion. Sans doute, nous sommes loin du temps où la gastrite était à l'ordre du jour, et où toutes les nuances de l'innervation morbide de l'estomac étaient considérées comme l'expression nue et diverse de cette phlegmasie ; nous sommes loin du temps où la chloro-anémie, inconnue dans sa nature, était considérée de la manière la plus fausse et la plus préjudiciable au salut des malades ; et pourtant des erreurs dans le sens de la doctrine étroite à laquelle nous venons de faire allusion, et aussi dans le sens d'un anatomisme non moins erroné, sont encore commises tous les jours, et cela au grand centre des lumières, comme il appert des révélations des deux médecins distingués que nous venons de citer. Nous maintenons donc que la question posée par l'Académie impériale de médecine est loin d'avoir perdu son opportunité, et nous ne pouvons qu'applaudir à la publication d'un livre qui répond évidemment à un des besoins les moins douteux de la pratique.

Ceci posé, et le but que se propose l'auteur ainsi justifié à l'avance, nous allons examiner son livre, et dire en toute liberté l'impression que nous a laissée sa lecture attentive.

Dans un chapitre qui est l'introduction de l'ouvrage, M. le docteur Mordret cherche à déterminer l'influence qu'exercent l'un sur l'autre le système nerveux et le système sanguin. Bien des auteurs que cite le savant médecin du Mans, et parmi lesquels nous avons été étonné de ne pas voir figurer M. Foville, ont cherché à pénétrer la nature de ce conflit, et nous ne voyons pas que de ces analyses plus ou moins profondes, de ces expériences plus ou moins ingénieuses, il soit sorti aucune notion positive, aucune vue même qui aient jeté quelque lumière sur le mystérieux conflit qui s'accomplit ici entre certaines forces purement cosmiques, et la force vitale elle-même. Critique ingénieux, M. Mordret s'est efforcé de tirer d'expériences et observations nombreuses relatives à cette question, obscure entre toutes, quelques enseignements que sa parole facile a cherché à rendre lucides ; mais, lorsqu'on va un peu derrière les mots, on se retrouve toujours en pleine nuit.

Dans un second chapitre où l'auteur ne vise à rien moins qu'à donner une théorie des névroses, on sent percer çà et là les tendances d'une animisme timide, qui n'ose se formuler nettement. Pourquoi cette réserve? est-ce par crainte des juifs de l'Académie, *propter metum judæorum?* Alors ceci deviendrait presque de l'injure et de la poltronnerie; non, je dis mal, de la timidité excessive, et cela n'est pas possible. Nous avons donc mal compris notre distingué confrère du Mans, il n'est point animiste; ce qu'il en paraît dans son livre est pure illusion. Quoi qu'il en soit à cet égard, M. Mordret se rapproche singulièrement, dans la manière de comprendre les névroses, de notre très-distingué confrère M. Cerise; nous n'avons donc à en rien dire, puisque dans ce journal même nous avons exposé sur ce point les idées du savant collaborateur de M. Buchez.

Après avoir, dans une discussion presque toujours bien conduite, touché une foule de questions qu'impliquent les idées doctrinales que nous venons de rappeler, M. Mordret traite de la chloro-anémie considérée en elle-même, puis des phénomènes propres de cette affection, et des phénomènes prédominants qui peuvent s'observer et s'observent si souvent, dans le cours d'une chloro-anémie bien caractérisée, dans les diverses parties du système nerveux cérébro-spinal ou ganglionnaire. Nous ne saurions suivre notre savant confrère dans les longues et laborieuses études auxquelles il se livre sur ces divers points pour en faire jaillir les vérités qui sur ces nombreuses questions sont acquises à la science. Nous ne ferons à cet égard qu'une remarque, et cette remarque sentira encore quelque peu la critique. M. Mordret s'efforce de localiser d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait jusqu'à lui les diverses prédominances nerveuses, pour parler le langage des auteurs du *Compendium*, qu'on observe si souvent dans le cours de la chloro-anémie. L'intention est bonne, bien qu'elle intéresse plus encore la curiosité scientifique que la pratique proprement dite; mais nous ne savons pas s'il a beaucoup éclairé dans cette partie de son intéressant travail la question qu'il se proposait d'élucider. Il marche là sur un terrain où à chaque pas surgissent des difficultés, où l'on se heurte à des résultats contradictoires. Lisez nos plus savants, les plus laborieux physiologistes, ces expérimentateurs infatigables, qui ne pensent en matière biologique que le scapel de la vivisection à la main, et voyez en quelles contradictions ils tombent les uns par rapport aux autres. Ces contradictions, M. Mordret les signale, mais les fait-il disparaître? La critique pure dont il se sert en ces matières difficiles y suffit-elle? Per-

sonne ne le croira, même après avoir lu notre savant et laborieux auteur. Jugez par un seul fait combien il fait nuit encore dans cet ordre d'études. Hier encore, depuis les belles expériences de M. Longet, nous croyions établie sur des bases inébranlables la théorie de Bell sur la distinction des nerfs spinaux sensitifs et moteurs ; et voilà que M. Brown-Séquard vient remettre tout en question, cite des expériences qui semblent conduire à des conclusions où cette brillante dichotomie fonctionnelle s'évanouit. Qu'en est-il ? Je ne sais ; mais cela montre au moins combien est instable, mouvant, le terrain sur lequel le médecin distingué du Mans marche avec tant d'assurance. Cette généreuse tendance, qui porte un médecin à gravir ces routes ardues, nous nous garderons bien de l'imputer à mal à M. Mordret ; rien que cet effort montre la vigueur de l'esprit ; et même, quand un auteur échoue, on y doit applaudir.

Enfin, M. Mordret termine son ouvrage par le diagnostic direct et différentiel des névroses qui se rattachent ainsi à leur cause, à la chloro-anémie ; puis, dans un dernier chapitre, il en expose le traitement général. Si on se contentait de la lecture du premier de ces deux chapitres, pour apprécier l'enseignement de notre auteur sur ce point, on serait tenté de le trouver incomplet, mais l'on se tromperait dans ce jugement ; les lacunes qu'on peut remarquer çà et là sur la question du diagnostic, on peut, en cherchant un peu, les trouver ailleurs. Il y a peut-être un vice de méthode, mais il n'y a point de lacune proprement dite. Quant au traitement, il est très-méthodiquement exposé : les indications diverses qui le composent sont jugées d'après une saine et judicieuse critique. Le praticien habile s'y montre souvent. L'auteur a si consciencieusement élaboré cette partie importante de son travail, qu'il y fait figurer jusqu'à l'homœopathie : non, j'ai hâte de l'ajouter, qu'il use, lui, de cette piperie thérapeutique, mais il pense qu'elle peut réussir et qu'elle a réussi quelquefois dans le traitement des névroses, et il dit pourquoi. Ecoutez-le, et je suis sûr que plusieurs penseront comme lui : « Reste à savoir, dit M. Mordret, jusqu'à quel point le médecin consciencieux peut être autorisé à employer de tels moyens, si son malade l'exige impérieusement ; c'est là une question de déontologie médicale qui est assurément très-grave. Ce ne serait pas ici le lieu de la discuter ; c'est sous toutes réserves que nous en proposons la solution. Selon nous, chaque fois que le médecin juge qu'il est dans l'intérêt de son malade d'agir de ruse avec lui, il ne peut le faire qu'à la condition qu'il y sera autorisé par deux ou trois de ses plus proches parents ou amis. Dans ce cas, nous croyons que la

responsabilité morale du médecin et que sa dignité sont l'une et l'autre à couvert. En effet, on ne trompe, dans ce cas, qu'un esprit malade, qui ne peut guérir qne par une innocente supercherie. Mais alors à quoi bon l'arsenal des globules et des gouttes diluées? L'eau claire et la mie de pain suffisent pour en tirer tous les effets homœopathiques, il ne faut que les habiller avec des noms pompeux. » J'ai dit que plusieurs penseraient comme M. Mordret sur ce point, et je n'oserais leur en faire un crime ; et pourtant, je l'avouerai, quant à moi, je ne saurais me plier à de telles exigences ; et plutôt que de passer sous les fourches caudines de la stupidité populaire, j'aimerais mieux, avec Tronchin, engager les malades à jouer au bilboquet.

Nous avons jugé en seconde instance l'ouvrage intéressant de notre distingué confrère, M. Mordret ; si la critique se montre çà et là dans ce jugement, on ne nous aurait pas compris, si de ce que nous venons de dire, on ne concluait pas que c'est à juste titre que l'Académie a honoré de sa haute approbation ce travail, qui restera, — non assurément comme une œuvre parfaite, — mais comme une œuvre utile à consulter, et qui contribuera à propager bon nombre d'idées, dont bénéficiera la pratique commune.

BULLETIN DES HOPITAUX.

DEUX CAS D'HYDROCÈLE TRAITÉS PAR LA PONCTION ET L'INJECTION IODÉE, SUIVIES DE L'ENVELOPPEMENT DES BOURSES AVEC DES BANDELETTES DE DIACHYLUM ; GUÉRISON RAPIDE. — Depuis que l'expérience a fait voir à quel point, dans le traitement de l'hydropisie de la tunique vaginale, l'injection de teinture d'iode est supérieure à celle de tout autre liquide, cette méthode est devenue et devait devenir la plus généralement employée. Les propriétés à la fois irritantes et résolutives de cette teinture, l'intensité moindre de la douleur qu'elle détermine, comparativement à celle que causait l'alcool ou le vin chaud précédemment mis en usage, la somme de dangers, moins considérable également, résultant de son emploi, tout se réunissait pour engager les chirurgiens à entrer dans la voie ouverte par M. Velpeau.

Mais cette méthode adoptée, n'était-il pas possible de l'améliorer encore sous quelque rapport? C'est ce qu'a pensé M. Voillemier, et c'est ce à quoi il est parvenu en imaginant au traitement ordinaire une modification dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs (t. LVII, p. 428), et qui consiste à envelopper le scrotum, une fois le liquide de l'injection évacué, avec des bandelettes de diachylum.

Cet enveloppement a pour but, on le comprend, de diminuer la quantité de l'épanchement secondaire qui suit l'injection, et par suite d'en rendre la résorption plus facile et plus prompte. « Plus le liquide est abondant, dit l'habile chirurgien de Lariboisière, plus le travail qu'exige sa résorption est long, et, s'il vient à être interrompu par une cause quelconque, la récidive a lieu. Au contraire, moins le liquide à résorber sera abondant, et moins le travail sera long, plus grande sera la chance de guérison. Car il faut se rappeler encore que l'aptitude de la séreuse à contracter des adhérences est d'autant plus grande que ses feuillets ont été tenus à distance moins longtemps. Il fallait donc trouver le moyen de faire que l'épanchement secondaire que provoque l'injection iodée fût aussi peu abondant que possible. Agir directement sur la sécrétion de la tunique vaginale était impossible; mais on pouvait espérer s'opposer à son abondance en empêchant l'ampliation de la vaginale. » De là l'idée d'envelopper les bourses d'une sorte de carapace de diachylum qui, sans opérer aucune compression, M. Voillemier insiste sur ce point, pût donner au scrotum une résistance artificielle, et mettre ainsi un obstacle, une limite à l'épanchement.

Ce moyen a eu un plein succès entre les mains de son auteur. Grâce à lui, la durée du traitement se trouve notablement abrégée, de telle sorte que l'hydrocèle, qui, par la méthode ordinaire, demande habituellement de vingt à trente jours, et quelquefois plus, pour arriver à une cure complète, se trouve guéri dans l'espace de dix jours en moyenne. Et ce n'est pas là le seul avantage qu'il procure; il en est un autre auquel les malades sont fort sensibles, c'est d'avoir plus de liberté, car, à part les cas où l'injection a causé beaucoup de douleur, ils ne sont pas obligés à garder le lit. Les deux faits suivants sont des exemples qui témoignent de la réalité de ces avantages.

1. Martin Désiré, âgé de dix-sept ans, est entré à l'hôpital Lariboisière le 27 mai dernier, salle Saint-Honoré, n° 7. Il raconte qu'il y a un an il a déjà été traité dans le même service d'une hydrocèle du côté gauche, et dont il a été guéri par l'injection de teinture d'iode et le bandage de diachylum immédiatement appliqué.

Cette fois le siége de l'hydrocèle est à droite. La tumeur est du volume d'un œuf de poule; ses caractères de forme, d'élasticité, de fluctuation, de transparence ne laissent aucun doute sur sa nature. L'examen destiné à constater la transparence, de même que le palper, permettent de déterminer exactement la position du testicule, qui se trouve en haut et en arrière.

Le 10 juin, l'opération est pratiquée. Après la ponction, qui

donne lieu à l'écoulement d'une sérosité limpide, injection de teinture d'iode pure, dont la majeure partie est évacuée au bout de deux minutes La canule retirée, immédiatement on applique sur le scrotum le bandage de diachylum.

Le 11 et le 12, le malade accuse un peu de douleur; il se lève néanmoins et peut se promener dans la salle sans que cette douleur devienne plus intense, et le troisième jour, 13 juin, elle a complétement disparu.

Le 16, les bandelettes de diachylum sont enlevées, et l'on ne trouve qu'un léger œdème à la partie inférieure du scrotum du côté opéré. Il est impossible, quelque soin qu'on apporte à l'examen, de reconnaître dans la tunique vaginale la moindre quantité de liquide. Sans appliquer de nouvelles bandelettes, M. Voillemier se contente de faire porter un suspensoir bien fait et soutenant bien les bourses.

Le 19 juin, l'œdème est dissipé; le malade n'accuse non-seulement aucune douleur, mais pas même la moindre gêne dans le scrotum. Il sort avec la recommandation de porter son suspensoir pendant quelque temps encore.

II. A la même époque, nous avons vu dans la même salle, au lit n° 10, un charretier, âgé de cinquante-deux ans, qui était entré dans le service pour se faire traiter de la même affection.

Chez cet homme, l'hydrocèle, dont l'existence remontait à trois mois et qui avait le volume d'un œuf de poule, avait son siége dans le côté gauche de la tunique vaginale. Mais ici la transparence était très-limitée, et par la pression l'on arrivait à la surface du testicule après avoir déplacé une couche assez mince de liquide. La glande était tuméfiée, sensible au toucher, et même souvent elle était le siége de douleurs spontanées assez vives.

L'opération fut faite le 19 juin, exactement de la même manière que dans le cas précédent. Après l'évacuation du liquide, la tuméfaction du testicule fut constatée de nouveau, ainsi que celle de l'épididyme, mais sans aucun autre caractère particulier. La carapace de diachylum fut appliquée comme à l'ordinaire; seulement, en raison du gonflement de la glande, de sa sensibilité spontanée et à la pression, qui témoignaient d'un certain degré d'inflammation, le malade dut garder le lit pendant les premiers jours.

Le bandage, auquel quelques bandelettes avaient été ajoutées au bout de trois ou quatre jours, afin de le consolider, parce qu'il s'était relâché, ne fut enlevé que le 26 juin. Aucune trace de liquide dans la tunique vaginale; diminution du volume du testicule qui est devenu beaucoup moins sensible. Comme dans le cas précédent, œdème du côté opéré, à la partie inférieure du scrotum. Un simple suspensoir, s'appliquant exactement, est substitué aux bandelettes de diachylum, et le malade reçoit la permission d'aller et de venir dans les salles.

Le 28, se trouvant parfaitement bien, il demande et obtient sa sortie, en promettant de revenir à la consultation, s'il arrive le moindre accident. Il n'a pas été revu.

Ainsi voilà deux malades qui, grâce à l'enveloppement des bourses après l'opération, sont guéris de leur hydrocèle, l'un en huit jours et l'autre en dix, malgré l'existence, dans un cas, d'un reste de gonflement inflammatoire du testicule. De ces deux malades, l'un avait déjà été traité et guéri, par les mêmes moyens, un an auparavant, d'une affection semblable du côté opposé. Il avait pu se lever dès le lendemain de l'opération ; et si l'autre n'avait pas pu jouir de la même faculté, à cause de la complication que présentait sa maladie, il n'avait guère tardé davantage à se trouver rétabli et à pouvoir quitter l'hôpital.

Un mot de cet œdème signalé dans ces deux cas à la partie inférieure des bourses, après l'enlèvement du bandage. Il est attribué par M. Voillemier au liquide sécrété par la tunique vaginale, mais qui, n'ayant pu la distendre à cause de la résistance opposée par les bandelettes, est sorti par la piqûre du trocart et s'est infiltré dans le tissu cellulaire. Du reste, ce gonflement œdémateux n'a aucune importance et il disparaît toujours très-rapidement.

Nous allons rappeler, en terminant, la manière dont doit être établi l'enveloppement du scrotum, et pour cela nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à l'auteur lui-même la description du *modus faciendi*.

« L'opération étant faite d'après le procédé ordinaire, dit M. Voillemier, et l'injection de teinture d'iode évacuée, je passe sous les bourses une bandelette de diachylum ayant 2 centimètres de largeur, et assez longue pour que les chefs puissent être croisés au-dessus du pubis. Je place ainsi trois ou quatre bandelettes, en ayant soin de ne pas les croiser trop près de la base de la verge, ce qui produirait un œdème assez incommode de son fourreau. Avec d'autres bandelettes j'enveloppe les bourses à leur base par plusieurs circulaires, pour empêcher, autant que possible, les testicules de remonter vers les anneaux. Ces circulaires, ainsi que les premières bandelettes, forment une sorte de charpente et de point d'appui pour d'autres bandelettes plus courtes qui, allant du périnée à la base de la verge, complètent l'enveloppe du scrotum. On doit mettre une triple et quadruple couche de bandelettes, que la main échauffée transforme en une enveloppe unique, une sorte de carapace très-épaisse. Cela fait, on soutient les bourses avec un suspensoir qui empêche le bandage de glisser, et le malade, s'il est débarrassé des douleurs déterminées par l'injection iodée, peut se lever et se promener [1]. »

---

[1] Voir *Clinique chirurgicale*, par M. Voillemier, p. 310 et suiv.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anus (*Imperforation de l'*); *Proctoplastie*. Le traitement de l'anus imperforé par la ponction ou l'incision simple ne s'applique, avec quelque sûreté, qu'aux cas seulement où l'ampoule rectale est placée immédiatement sous la peau; sinon, ces procédés opératoires sont chanceux dans leur exécution, parce qu'on risque de ne pas rencontrer l'intestin, et dangereux par leurs suites possibles, parce qu'ils exposent à l'inflammation et aux abcès du bassin. De plus, dans tous les cas, même ceux spécifiés plus haut, ils ont le très-grand inconvénient de ne donner que des résultats incomplets, à cause de la tendance qu'a la plaie cutanée à se rétrécir en se cicatrisant, et conséquemment à rendre difficile ou même impossible l'excrétion des matières fécales. Aussi l'opération d'Amussat, dans les cas où elle est applicable, c'est-à-dire où l'extrémité rectale n'est pas trop élevée, a-t-elle une supériorité incontestable, parce qu'elle met à l'abri des rétrécissements consécutifs.

Cette opération consiste, comme on sait, à faire au périnée une incision longitudinale suffisamment grande pour aller à la recherche du rectum, à isoler celui-ci de manière à pouvoir l'attirer au dehors, à en fendre l'extrémité et à le fixer par des points de suture à la peau, en ayant soin d'affronter exactement les bords de la plaie intestinale avec ceux de la plaie cutanée; des sutures plus profondes réunissent ensuite le reste de l'incision cutanée en haut et en bas de l'anus nouvellement formé. L'on parvient ainsi, le plus souvent, à obtenir la réunion par première intention, et l'on prévient la rétraction de l'intestin et le rétrécissement de l'anus; l'incontinence des matières fécales se trouve également évitée, les fibres musculaires du rectum qui forment le sphincter interne suffisant seules à la rétention de ces matières, même en l'absence du sphincter externe. S'il arrive d'ailleurs, comme cela a souvent lieu, que ce dernier existe, ainsi que le releveur de l'anus, l'anus artificiel fonctionne alors aussi bien que l'anus naturel.

La docteur Friedberg, de Berlin, qui, à plusieurs reprises, s'est occupé de l'imperforation de l'anus et des moyens d'y remédier, donne la préférence à cette opération, à l'exclusion de la ponction et de l'incision simple. Il y a eu recours plusieurs fois, et récemment encore, avec un succès complet.

Chez un enfant mâle, né à terme, avec une imperforation de l'anus, un médecin incisa le périnée et ouvrit le rectum. Mais déjà le dixième et le onzième jour les matières ne pouvaient plus passer à travers l'ouverture rétrécie. Elle fut dilatée de nouveau et à plusieurs reprises à l'aide du bistouri, mais sans résultat durable, et enfin, au bout de neuf semaines, la défécation finit par s'arrêter tout à fait. Ce fut alors quo l'enfant fut présenté à M. Friedberg : le canal fistuleux avait une longueur de six lignes, un diamètre d'une ligne; à son extrémité supérieure la sonde s'arrêtait contre des matières durcies. L'urine n'avait jamais contenu d'excréments; le rectum ne s'abouchait donc pas dans la vessie; cependant l'examen du bassin et la direction dans laquelle la sonde pouvait être engagée au delà du canal fistuleux firent supposer que le cul-de-sac do l'intestin était accolé à la paroi postérieure du col vésical. La proctoplastie fut pratiquée de la manière exposée ci-dessus, un cathéter ayant été préalablement introduit dans le canal de l'urètre; il fallut dans ce cas, avant de faire la suture, enlever toutes les parties calleuses de la plaie précédemment pratiquée. Le sixième jour, la réunion par première intention avait eu lieu partout, si ce n'est à la place de l'ancienne ouverture fistuleuse, où il survint un peu de suppuration qui se tarit après trois semaines. Au bout de trois mois, M. Friedberg fut appelé à revoir l'enfant pour une constipation qui était survenue, mais qui ne dépendait pas de l'anus artificiel. Celui-ci n'était aucunement rétréci : il admettait l'extrémité du petit doigt, sur lequel il se contractait comme un anus normal, dont il avait tout à fait l'aspect extérieur (*Arch. f. path. anat. et phys.* t XVII, et *Union med.*, avril 1862.)

Choléra (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi du nitrate d'argent contre le*). On sait qu'en 1849 déjà le docteur Lévy, de Breslau, avait préco-

nisé l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement du choléra Les lecteurs du Bulletin n'ont pas oublié qu'à la même époque M Barth l'employa avec avantage pendant l'épidémie de Paris.

Le docteur Cales, de Naarden, en Hollande, vient de faire connaître les bons effet que cette médication a produits entre ses mains. Il résulte de son travail que sur douze malades qui ne prirent pas de nitrate d'argent neuf succombèrent, tandis que sur vingt malades qui furent traités par le nitrate d'argent, M. Cales n'en perdit que six. De ces six malades l'un, une femme, était en proie à la cachexie paludéenne. les cinq autres succombèrent à des accidents typhoïdes après avoir résisté au choléra proprement dit Le mode d'administration du d'argent est le suivant : le malade prend toutes les demi-heures, alternativement une cuillerée à bouche d'une solution de 15 centigrammes de nitrate d'argent dans 200 grammes d eau et un demi centigramme d extrait alcoolique de noix vomique mêlé à du sucre. La boisson consiste en de l'eau froide. Le malade est entouré de couvertures de laine, et suivant les circonstances on applique des ventouses à l'épigastre eu à la région précordiale, des sinapismes. et l'on frictionne les membres avec de l'alcool camphré. Sous l'influence de cette médication on voit les vomissements et la diarrhée diminuer promptement, et la sécrétion des urines se rétablir. Jamais M. Cales n'a observé d'effets fâcheux du nitrate d'argent, quoique quelques-uns de ses malades en aient pris jusqu'à 75 centigrammes (*Nederl. tydschr* et *med. chir. mona sh.* 1861.)

Dyssenterie ; *hémorrhagie intestinale ; traitement par l'acide gallique.* Voici un fait qui montre le parti que l'on peut tirer de l'emploi de l'acide gallique dans le traitement de la dyssenterie. ce fléau des pays chauds. Appelé auprès d'un jeune Damascain de seize ans, réfugié à Alexandrie, M. le docteur Aide constata ce qui suit : ce jeune homme était malade depuis environ vingt-sept jours ; le pouls battait 55 pulsations par quart de minute ; peau chaude et sèche, vives douleurs abdominales au moindre toucher, surtout aux deux fosses iliaques et à l'hypocondre droit. Les selles étaient très-fréquentes ; elles avaient lieu de dix en dix minutes, et quelquefois plus tôt ; elles étaient constituées par un mélange de mucosités sanguinolentes et avaient fini par causer de très-vives douleurs à l'anus Ces douleurs étaient continues et s'exaspéraient à la suite de chaque garde robe M. Aide prescrivit l'opium associé à l ipéca. Le surlendemain on lui présenta un vase rempli presque entièrement de sang pur et noir. C'était le produit de deux selles seulement Il fit prendre immédiatement 1g,50 d acide gallique. L'hémorrhagie intestinale s'arrêta dans les douze heures, et les selles de nature dyssentérique reparurent après. On fit cesser dès lors l'acide gallique, pour revenir à l'opium associé à l'ipéca. Le soir, après une assez bonne journée, les garde robes étaient moins fréquentes, il y avait même diminution des douleurs abdominales. A la quatrième visite on montra à M. Aide un vase également rempli de sang comme l'avant-veille. L'acide gallique fut prescrit de nouveau, à la dose de 2 grammes La journée se passa assez bien. L'hémorrhagie avait fait place, comme précédemment, à des selles de nature dyssentérique L'acide gallique a été continué à la dose de 1g,50. Après quarante heures environ l'hémorrhagie intestinale a encore reparu, mais avec moins de violence. et puis elle a fini par céder complètement sous l'influence de ce médicament La dyssenterie s'est montrée de nouveau ; le jeune malade a été remis à l'usage de l'opium et de l'ipéca. Ces deux médicaments associés avec des lavements d'acétate de plomb, à la dose de 6 grammes par 500 grammes d'eau distillée, ont fini par triompher complètement de la maladie. (*Annua re de Thérapeutique*, 1862.)

Hémorrhagie grave (*Utilité de la potion de Laidlow dans un cas d'*) *immédiatement après l'accouchement, par insuffisance des contractions utérines.* La potion de Laidlow contre les hémorrhagies, qui a disparu de la plupart des formulaires modernes, peut-être à cause du mélange bizarre et quelque peu irrationnel qu'il présente de substances peu compatibles entre elles, a été employé néanmoins avec un succès assez remarquable, récemment dans un cas d'hémorrhagie utérine assez grave, dont M le docteur Antonin Martin rapporte les principaux détails en ces termes :

Une jeune femme de vingt ans accouche pour la première fois, le 4 mars ; cette femme, bien constituée, lymphatique et très-nerveuse, a eu une grossesse très-pénible, un état

nauséeux presque continuel, des vomissements quotidiens, etc., ce qui a amené un état d'amaigrissement, de faiblesse et de chloro-anémie considérable. L'accouchement avait été très rapide ; la délivrance avait eu lieu une demi-heure après. Bientôt survinrent des tranchées et une hémorrhagie très-abondante. M. A Martin appelé alors auprès de cette femme, fut étonné en palpant l'abdomen pendant une tranchée, de rencontrer un utérus développé et se contractant faiblement ; les contractions déterminaient néanmoins chaque fois l'expulsion d'un caillot. L'hémorrhagie durait depuis plusieurs heures ; la malade, d'une pâleur extrême, avec des vertiges, un état syncopal à chaque mouvement, crampes, le pouls petit, les extrémités froides.

M. Martin, attribuant l'hémorrhagie à l'insuffisance du retrait de l'utérus, jointe à l'excessive sensibilité de cet organe, prescrivit : position élevée du siége, compresses d'eau froide sur les cuisses et l'hypogastre, frictions douces pratiquées circulairement sur l'abdomen, limonade minérale, lavement laxatif, suivi de l'administration d'un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham ; potion avec extrait de ratanhia, 2 grammes, une cuillerée à bouche toutes les heures ; un ou deux verres à liqueur de vin de Bordeaux.

L'hémorrhagie continuant malgré l'emploi de ces moyens, qui ne furent, d'ailleurs, que très-incomplétement administrés, M. Martin eut recours à la potion de Laidluw, dont voici la formule :

Pr. Acétate de plomb.	80 centigr.
Alcool d'opium.	4 grammes.
Vinaigre ordinaire.	45 grammes.
Eau distillée......	60 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les quatre heures.

Au bout de trois heures, la malade est trouvée endormie ; les crampes ont cessé, le pouls s'est relevé, les contractions utérines sont plus fréquentes et moins douloureuses, l'utérus est plus dur et plus globuleux ; l'écoulement sanguin est diminué. L'hémorrhagie s'arrêta dans la soirée. Le lendemain tout danger avait disparu. Les suites de l'accouchement se passèrent sans accidents graves (*Monit. des sciences med.*, février 1862.)

Mouche à viande (*Accidents produits par les larves de la*). On a plus d'une fois rapporté des lésions plus ou moins graves déterminées par le développement des larves de certains insectes en divers points du corps humain, mais surtout dans quelques cavités de la face. La possibilité de cette sorte d'accidents ne doit jamais être perdue de vue par le praticien, qui, dans de tels cas, s'exposerait à de graves mécomptes, s'il ne reconnaissait pas à temps la nature du mal et de sa cause. Aussi est-il bon de citer les faits de ce genre, lorsqu'il vient à s'en présenter.

Une petite fille, âgée de neuf ans, qui, ayant perdu sa mère, avait l'habitude de coucher avec son père dans une écurie, fut amenée au docteur Rittmann. Quinze jours ou trois semaines auparavant, une mouche l'avait piquée à l'œil pendant son sommeil. Les paupières du côté droit étaient le siége d'une tuméfaction considérable et d'une extravasation sanguine. Ce fut avec une extrême difficulté, par suite de la résistance de la petite malade, que M. Rittmann parvint à écarter les paupières ; il put toutefois par un rapide coup d'œil, s'assurer que la conjonctive était intacte. Ce court examen lui suffit pour reconnaître en même temps la présence de deux corps d'un blanc jaunâtre avec une tache brune à leur centre, ayant le volume d'un grain de chènevis, étendus symétriquement l'un près de l'autre à l'angle interne de l'œil, précisément au niveau des points lacrymaux, et dont les mouvements actifs et indépendants témoignaient que c'étaient des corps étrangers doués de vie. En ayant saisi un avec une pince, il l'amena au dehors et reconnut que c'était une larve de la mouche carnassière, ayant neuf lignes de longueur et une d'épaisseur ; la seconde larve fut ensuite extraite de la même manière. Au bout de peu de jours l'enfant était rétablie, sans aucun traitement (*Spitals-Zeitung*, janvier, et *British med. journ.* février 1862.)

Néphrite albumineuse (*Deux cas de*) *guéris par le tanin Obs. I.* Une belle et grande fille de dix-neuf ans, employée à la manufacture de tabac, bien réglée, se sentant atteinte de faiblesse des membres inférieurs, accompagnée d'un œdème qui s'étendait aux paupières, consulta M. Tilling en septembre dernier. Celui-ci, ayant appliqué des vésicatoires aux hanches, puis fait une saignée, soupçonna une maladie des reins, malgré l'indolence de la région rénale

et l'aspect normal des urines. En effet, une goutte d'acide nitrique versée dans l'urine y produisit un abondant dépôt d'albumine. Il prescrivit 12 décigrammes de tanin, par jour, dans une potion gommeuse, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Dès les premiers jours, l'œdème se dissipa, les forces revinrent. Au quatorzième jour, le dépôt albumineux, qui avait été en diminuant, n'existait plus. Au bout d'un mois, la malade reprenait ses occupations. La guérison date aujourd'hui de trois mois.

Obs. II. Un garçon de dix ans, né d'une mère qui était affectée d'anasarque à chacune de ses grossesses, avait eu, dès l'âge de deux ans, un œdème du scrotum, puis du cou, une rougeole grave, la dyssenterie, et enfin une fièvre intermittente. Il était, depuis lors, bien rétabli, lorsque M. Tilling, appelé auprès de lui, en novembre dernier, constata de la dypsnée, anasarque, pouls fréquent et dépressible, urines rares et brunâtres. Les viscères thoraciques et abdominaux étant sains, il prescrivit le nitre, le tartre stibié à deux reprises et des vésicatoires. Mais l'œdème persistant et l'urine gardant les mêmes caractères, il examina ce liquide au moyen de l'acide nitrique et de la chaleur, et y constata un précipité albumineux abondant. — Le tanin, administré comme chez la première malade, rétablit presque subitement la quantité normale des urines, l'appétit et les forces; l'œdème disparut aussi. Mais le dépôt albumineux ne cessa qu'au vingtième jour. La guérison fut aussi complète que rapide. *Gaz. med. prov. Venete* et *Gaz. méd. de Lyon*, février 1862.)

Perchlorure de fer. *Son action dans le traitement des ophthalmies.* Témoin de l'un des premiers faits dans lesquels fut employé le perchlorure de fer dans le traitement de l'ophthalmie (il s'agissait d'une conjonctivite scrofuleuse avec kératite ulcéreuse), et frappé de l'efficacité remarquable de cet agent, M. le docteur Pasturet d'Alban (Tarn), a traité depuis un grand nombre d'affections oculaires par ce même moyen, ce qui l'a mis à même de reconnaître les cas où il est applicable, et ceux où il ne produit aucun effet salutaire. Il lui a semblé que l'action astringente et irritante de cet agent ne pouvait qu'être nuisible dans les ophthalmies de nature inflammatoire, où il existe un éréthisme sanguin très-marqué, et une irritabilité considérable des fibres de l'œil. Les ophthalmies catarrhales arrivées à leur dernière période, lorsque celle-ci tarde à parvenir à sa fin, ont été heureusement modifiées par une solution de perchlorure de fer à 30 degrés, étendue de quatre fois son volume d'eau. Dans les ophthalmies inflammatoires, lorsqu'il existe une suppuration abondante et lente à diminuer, il n'y a point, suivant M. Pasturet, d'agent plus efficace que le perchlorure de fer pour diminuer la photophobie, tarir la sécrétion du pus et hâter le travail de réparation. Ces effets s'obtiennent d'autant plus rapidement que le sujet est plus affaibli, et que l'irritation a été plus calmée par l'emploi d'autres moyens. C'est surtout dans les ophthalmies scrofuleuses que M. Pasturet a constaté les heureux effets des collyres au perchlorure de fer. Voici un fait, entre autres faits semblables qu'il a observés en très-grand nombre, dit-il, qui montre en effet l'heureuse modification imprimée par cet agent à la marche de la maladie :

Une dame T..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution faible, offrant la plupart des caractères de la scrofule, contracte dans le courant du mois de mars 1861 une ophthalmie qui fait des progrès rapides. En huit jours la photophobie devient intense, et la malade est obligée de rester dans l'obscurité pour éviter les douleurs oculaires vives que le jour détermine. Après avoir été traitée sans succès par un médecin habile, elle va consulter M. Pasturet, qui constate les symptômes suivants : photophobie empêchant d'explorer le globe oculaire et la cornée ; douleur vive dans l'orbite ; liquide muqueso-séreux qui s'écoule à travers la fente palpébrale ; cils rares et chassieux, paupières tuméfiées ; conjonctive boursouflée, injectée, d'une teinte rouge grisâtre. On aperçoit des taches et des ulcérations sur la cornée. L'œil gauche, qu'on peut assez bien explorer, la photophobie y étant moins intense, est moins rouge et moins enflammé. Cependant son état n'est pas meilleur, car la pupille se contracte à peine. Les collyres nitratés et la pommade mercurielle belladonée précédemment prescrits sont remplacés par un collyre au perchlorure de fer, et par une pommade à l'acétate de plomb et au minium. On y ajoute un séton à la nuque, et un régime doux. La malade, qui faisait usage

de l'huile de foie de morue, la continue.

Le troisième jour de ce traitement il y a une amélioration manifeste; la photophobie diminuée permet d'explorer l'œil droit, où l'on constate, à la partie supérieure de la cornée, une ulcération profonde conique. Les jours suivants, le traitement étant continué, l'amélioration fait des progrès. Le neuvième jour, il n'y avait presque plus de photophobie, l'injection de la conjonctive et de la sclérotique avait notablement diminué. Le douzième jour on suspendit l'usage du collyre au perchlorure de fer, et l'on continua le reste du traitement institué. La guérison était complète le trentième jour.

Bien qu'il y eût eu une médication complexe et active mise en œuvre dans ce cas, l'action du perchlorure de fer ne nous en paraît pas moins ressortir d'une manière manifeste de la relation de ce fait. (*Gaz. des hôpit.*, févr. 1862.)

Potasse caustique. *Nouveau mode d'emploi.* La potasse caustique, le plus prompt et le plus puissant des escarrotiques, est généralement abandonnée aujourd'hui, parce qu'elle produit des escarres irrégulières, et dont il est difficile de préciser d'avance l'étendue, parce qu'elle fuse facilement et atteint parfois des organes ou des parties que l'on a grand intérêt à ménager; ce sont là, en effet, les principaux motifs qui lui ont fait préférer le caustique de Vienne, le caustique Filhos et autres. Mais ces inconvénients sont facilement évités lorsqu'on suit le procédé que M. Bourgeois, d'Étampes, a désigné sous le nom de *cautérisation par dilution*, et qui consiste, comme on le sait, à délayer, à former une sorte de magma des tissus désorganisés, en promenant circulairement l'alcali sur les parties, au lieu de le laisser séjourner comme on le faisait auparavant. M. le docteur Clerc a plusieurs fois, dans son service des vénériennes de Saint-Lazare, employé ce procédé de cautérisation, et avec un tel succès, dit-il, qu'il lui a paru utile d'en faire connaître les résultats. Voici les principales indications qui en ressortent:

Ulcérations granuleuses du col utérin. Lorsque l'affection est ancienne et qu'elle s'étend à la cavité du col, il suffit parfois de pratiquer une seule cautérisation par dilution, avec la potasse, pour transformer une affection rebelle en une lésion traumatique qui guérit rapidement à l'aide de quelques soins de propreté. Après la cautérisation on absterge avec soin l'escarre ou plutôt le détritus noirâtre et sanguinolent qui en est le résultat, et avant de retirer le spéculum, on entoure le col de charpie, ou bien on le saupoudre de sous-nitrate de bismuth.

Dans plusieurs cas de *métrite granuleuse de la cavité du col*, avec hypertrophie considérable de cet organe, M. Clerc a obtenu de très-bons résultats de l'introduction d'un crayon de potasse caustique dans la cavité du col, et en l'y maintenant pendant quelques secondes.

Végétations. Ces productions hypertrophiques ne résistent pas à un badigeonnage léger, pratiqué avec un crayon de potasse caustique. Cet alcali opère avec tant d'énergie, qu'il convient de l'employer avec beaucoup de ménagement et de prudence. Une jeune femme était atteinte de végétations confluentes de la vulve, en tel nombre, que les organes génitaux externes en étaient rendus méconnaissables. La malade ayant été chloroformée, M. Clerc tenta à deux fois l'excision de ces végétations. Ce fut inutilement, car elles se reproduisirent avec une incroyable promptitude. Il se décida alors à les attaquer avec le caustique, et employa d'abord la poudre de Vienne réduite à l'état de bouillie par l'addition d'une suffisante quantité d'alcool. Avec un pinceau de charpie trempé dans cette bouillie caustique, il badigeonna tout le côté droit de la vulve. Quelque temps après il cautérisa successivement les autres points malades, mais en se servant du crayon de potasse caustique, et environ au bout de six semaines la malade sortait parfaitement guérie.

Végétations du méat urinaire et de l'urètre. Chez une autre malade le canal de l'urètre était comme obstrué par des végétations. Après avoir inutilement employé le crayon de nitrate d'argent, et le nitrate acide de mercure, il eut recours au crayon de potasse, qui fut introduit dans l'urètre et laissé quelques secondes. Deux applications du caustique suffirent pour guérir la malade. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mars 1862.)

Tétanos traumatique *guéri par le chlorure de baryum.* D'après les recueils italiens, plusieurs cas de tétanos traumatique auraient été combattus avec efficacité par le chlorure de baryum. Bien que nous ignorions d'après quelles indications on a été

conduit à l'emploi de ce moyen et que nous éprouvions quelque peine à nous rendre compte de son action, il n'est pas moins utile de faire connaître les faits qui tendent à démontrer son utilité. Voici celui que rapporte M. le docteur Bernardino Gnecchi (de Milan).

Un perruquier, âgé de trente-neuf ans, se coupa avec une faux à la paume de la main gauche, près de l'articulation radio-carpienne, au commencement de mars 1858; cette plaie guérit en six jours, et il n'en ressentit aucune suite jusqu'au matin du 20 mars, qu'en se levant du lit, il commença à ressentir de la difficulté à ouvrir la bouche, des contractions dans la main gauche et de l'impossibilité à l'étendre, puis des douleurs au flanc droit et à la cuisse du même côté. Ces phénomènes, pendant les premiers jours, disparaissaient quand le malade se mettait au lit pour reprendre dès qu'il en sortait et s'exposait à l'air. — Le 10 avril, la maladie augmentant, il entra à l'hôpital Majeur de Milan. Le lendemain matin, il présenta une contraction spasmodique des masséters et une rigidité des muscles du cou; la main gauche se contractait dès que le bras sortait de dessous les couvertures, tandis que la douleur mentionnée au flanc et à la cuisse persistait; le pouls était à peine un peu fréquent.

On prescrivit le chlorure de baryum, à la dose de 16 grains (80 centigrammes), dans une livre d'eau distillée, à prendre dans les vingt-quatre heures, dose qui fut continuée jusqu'au 21, jour depuis lequel les symptômes tétaniques ayant presque complétement cessé, la dose fut réduite à 8 grains par jour; à partir du 26, le médicament fut supprimé et le 28 le malade quittait l'hôpital guéri (*Gaz. med. It. Lomb.* et *Gaz. des hôpit.*, mars 1862.)

Vaccination. *De la saturation vaccinale.* On s'occupe beaucoup depuis quelque temps et de l'âge auquel il convient de vacciner les enfants et du nombre de piqûres qu'il convient de faire pour obtenir l'effet voulu sans encourir les chances d'accidents possibles. M. le docteur Moynier, pendant qu'il était chef de clinique de M. le professeur Trousseau à l'Hôtel Dieu a fait des recherches pour déterminer l'époque à laquelle on peut obtenir la saturation vaccinale. Voici en quels termes il a exposé, dans un article inséré dans l'*Union médicale*, le résultat de ses expériences sur ce sujet :

Chez un enfant âgé de quatre mois, il pratiqua le 28 juillet quatre piqûres à chaque bras, une seule se développa. Le 2 août, quatre jours après l'inoculation primitive, avec une lancette chargée sur cette pustule qui commençait à se développer, il pratiqua une nouvelle piqûre; il renouvela cette inoculation le 3, le 4, le 5 et le 6 août, c'est-à-dire cinq, six, sept et huit jours après la première inoculation; or les piqûres pratiquées jusques et y compris le 4 août, septième jour, produisirent des pustules de vaccine légitime, mais celles qui furent pratiquées le huitième et le neuvième jour avortèrent après s'être légèrement enflammées. Le résultat fut identiquement le même chez un autre enfant vacciné peu de jours après sa naissance.

La saturation a été obtenue un peu plus tôt chez une petite fille âgée de cinq mois. Elle est vaccinée le 19 août, revaccinée avec son propre vaccin le 22, le 23 et le 24 août, c'est-à-dire les quatrième, cinquième et sixième jours; ces nouvelles inoculations produisirent des pustules qui se développèrent, mais celles que l'on fit les jours suivants échouèrent; et cependant il ne faudrait pas, dit M. Moynier, en conclure que le vaccin n'était plus apte à produire l'inoculation de la vaccine, car il en a pris du septième jour, avec lequel il a vacciné avec succès d'autres enfants.

Il est digne de remarque que chez ces enfants ainsi revaccinés, les nouvelles pustules n'acquièrent pas toute l'ampleur des premières, et l'on constate que celles qui sont le plus rapprochées du premier jour de la vaccination sont celles qui acquièrent le plus de force, et que les suivantes se dénaturent de jour en jour à ce point que celles du neuvième et du dixième jour avortent au bout de peu de temps, et que, regagnant en rapidité de développement le temps qui les sépare les unes des autres, toutes ces pustules terminent leur évolution complète presque en même temps. Ainsi, en renouvelant chaque jour l'inoculation vaccinale, M. Moynier a vu que, jusqu'au septième, huitième et neuvième jours, la vaccine se développait là où l'on pratiquait ces nouvelles inoculations; passé cette époque, elle ne se développait plus; il y avait saturation l'économie n'était plus apte à recevoir le virus-vaccin. Ceci permet de comprendre comment, lorsqu'une épidémie de variole vient à sévir, si l'on vaccine aussitôt tous les individus habi-

tant la même maison ou la même localité, il peut arriver trois choses : 1° la variole a pu frapper l'individu le jour même de la vaccine, les deux éruptions se développent alors et suivent leurs différentes phases sans être influencées l'une par l'autre ; 2° la variole aura frappé l'individu que l'on vaccinera pendant la période d'incubation ou même d'invasion variolique, alors le vaccin ne pourra se développer, ou il avortera ou n'obtiendra que des boutons de fausse vaccine ; 3° si l'individu que l'on vaccine n'est pas encore sous le coup d'une variole, celle ci sera modifiée et prendra tous les caractères d'une varioloïde.

VARIÉTÉS.

De la restauration du nez.
Parallèle des procédés autoplastiques et des pièces de prothèse.

Le nez, par sa position au centre du visage, par sa forme et ses dimensions, contribue si largement, malgré son peu de mobilité, à l'aspect général de la physionomie, que la moindre atteinte portée à sa configuration constitue une difformité des plus désagréables Aussi dès la plus haute antiquité a-t-on songé à parer à la mutilation de cet organe, même à l'aide des opérations sanglantes les plus laborieuses.

Les causes qui peuvent amener la perte d'une portion du nez sont si nombreuses et si diverses, que c'est une des difformités de la face les moins rares ; on l'a observée dans tous les rangs de la société. N'y a-t-il pas eu, en effet, un empereur romain, qu'on avait surnommé *Rhinotmète*, parce qu'il avait perdu cette partie du visage ! Tantôt ce sont des blessures de guerre, d'autres fois certaines maladies qui viennent porter une atteinte grave à la configuration de cet organe; et comme si ces causes n'étaient ni assez puissantes, ni assez actives, les passions humaines les plus opposées sont venues ajouter leurs fâcheux résultats et fournir leur contingent d'exemples.

Dans l'antiquité, la soustraction du nez était une flétrissure que la justice des peuples imposait à ceux qui s'étaient rendus coupables de certains actes : ainsi, dans l'Inde, on enlevait et on enlève encore le nez, même pour les moindres fautes de discipline commises dans les rangs de l'armée ; Sixte-Quint, à son avènement, imposa le même châtiment à une multitude de larrons qui infestaient alors la campagne de Rome. Chez les Grecs et les Romains, l'amputation du nez constituait la peine de l'adultère. Dans certaines contrées de l'Allemagne, surtout celles dans lesquelles siégent des universités, où le duel au sabre est seul toléré, on vise souvent au nez, et il s'en abat beaucoup. Enfin, dans les luttes corps à corps, qui ont lieu dans les classes inférieures de la société, on voit encore de nos jours la haine et la fureur porter un des combattants à arracher avec ses dents le nez ou une des oreilles à son adversaire.

Il n'est pas jusqu'à la chasteté qui n'ait poussé la femme à s'infliger cette mutilation. Les chroniques nous rapportent que, lors d'une descente des Danois en Angleterre, certaines dames de cette contrée, sachant combien la perte du nez imprime de dégoût, se coupèrent le nez, afin que les conquérants ne fussent pas tentés de leur enlever leur honneur. Eusébie, abbesse de Saint-Cyr, à Marseille, craignant pour sa virginité, en voyant arriver les Sarrasins, s'amputa le nez, ses quarante religieuses en firent autant. En sauvant leur honneur, rap-

pelle Vidal, ces malheureuses perdirent la vie, car les féroces vainqueurs les mirent toutes à mort.

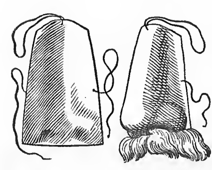
Des causes si nombreuses créaient de trop fréquentes mutilations, pour que les chirurgiens entreprenants ne profitassent pas de ces occasions incessantes afin d'essayer d'y parer à l'aide de la médécine opératoire. Aussi les tentatives de racoutrement du nez ont-elles constitué pendant de longs siècles toute l'autoplastie.

La perte de cette partie du visage ne détruit pas seulement l'harmonie des traits, elle porte encore atteinte à la fonctiou de l'olfaction et nuit à celle de la respiration. Ce sont donc des motifs nouveaux qui légitiment l'intervention de l'art.

Les essais les plus persévérants, ceux surtout dont l'histoire de la médecine nous a conservé avec le plus de soin les résultats, sont les tentatives de restauration chirurgicale. La rhinoplastie a même servi de fondement à cet art tout moderne, dont nous voyons chaque jour le champ s'élargir, la chirurgie réparatrice.

Quant aux essais prothétiques, il faut, comme toujours, arriver jusqu'aux œuvres d'Amb. Paré pour rencontrer le premier témoignage graphique de la forme des appareils destinés à céler la mutilation du nez. On lit : « Pareillement le nez peut estre du tout coupé, ou partie d'iceluy, et ne peut jamais estre reioint, parceque vnion ne peut-estre faite aux parties organiques... Parquoy celuy qui aura perdu son nez, faut qu'il en face faire vn autre par artifice, soit d'or ou d'argent, ou de papier ou linges collés, de telle figure et couleur qu'estoit le sien, lequel sera lié et attaché par certains filets, derrière l'occiput, ou à vn bonnet. Et d'abondant, s'il advenoit (comme souuent se fait) qu'auez le nez on emportast portion, ou du tout la lèure supérieure, ie t'ai bien voulu donner les figures, à fin d'aider à l'ornement du patient, lequel, s'il portoit barbe, en pourras faire adapter, ainsi qu'il en sera nécessaire. »

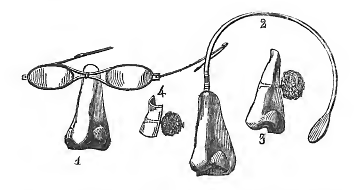
Portraits de nez.



A la suite de ces figures, Amb. Paré rend compto des résultats d'un essai tenté par un rhinoplaste italien sur un gentilhomme français, nommé le Cadet de Saint-Thoan. Ce gentilhomme portait depuis longtemps un nez d'argent, et comme il était souvent un objet de risée pour ses amis, il alla trouver en Italie « un maistre refaiseur de nez perdus, qui le lui refaçonna en la manière que dessus (à l'aide d'un lambeau emprunté au bras) comme une infinité de gens l'ont veu depuis : non sans grande admiration de ceux qui l'auoient connu auparavant avec un nez d'argent. » La date de cette histoire (1575) est, comme le rappelle en passant M. Malgaigne, un témoignage à l'appui de l'existence des rhinoplastes italiens qui ont précédé Tagliacozzi.

Bien des essais de prothèse ont dû être tentés depuis Amb. Paré : ainsi Richter parle de nez fabriqués en bois léger ; mais les seuls enseignements utiles

qui soient parvenus jusqu'à nous, ont trait aux moyens de tenir la pièce artificielle en place.



Voici les modèles que M. Charrière livre aux hôpitaux de Paris et dont nous venons de voir plusieurs spécimens à Bicêtre et à la Salpêtrière. Dans le premier modèle, la pièce artificielle est fixée à l'aide de branches de lunettes; cette seconde manière, 1, est plus élégante et moins visible. Dans le second modèle, le nez artificiel 2 porte à la partie supérieure un cercle en acier présentant la courbure du crâne et terminé par une petite plaque qui vient prendre son point d'appui sur la bosse occipitale. La façon dont on maintenait en place certains obturateurs devait suggérer l'idée de recourir aux mêmes moyens afin de se passer de toute ligature apparente, surtout dans les cas où la perte de substance était peu considérable et portait sur la base du nez. Une éponge fixée à la partie postérieure des pièces 3, 4, permet de maintenir celles-ci sans aucun artifice extérieur. Dans ces cas, les mutilés conservent leur nez artificiel la nuit, sans aucun inconvénient.

La plupart de ces pièces sont en argent ; on les recouvre d'une couche de couleur dont la teinte se rapproche le plus possible de celle des chairs du malade. Quelque bien faite que soit cette opération, le nez artificiel offre toujours une coloration mat qui tranche avec la transparence de la peau voisine. Depuis quelques années, l'industrie est parvenue à fabriquer pour les déguisements du carnaval des masques en caoutchouc . La beauté de la coloration de ces masques m'a suggéré l'idée de faire appliquer une lame de caoutchouc sur les nez d'argent, et depuis que cette modification a été faite par M. Charrière, ses pièces nouvelles ne sont plus comparables aux anciennes ; l'illusion est des plus complètes. On pourrait encore recouvrir ces nez en métal avec une couche de cire, la transparence de cette substance et la beauté du coloris en feraient des pièces de luxe.

Une des conditions les plus essentielles de tout bon appareil prothétique étant la légèreté, nous avions pensé, lors de la découverte de l'alumiuium, dont la pesanteur spécifique est moindre que celle du carton, à le faire servir à la confection des nez artificiels. Le peu de résistance que le nouveau métal offre à l'action dissolvante des liquides alcalins, ce qui l'a fait rejeter par les dentistes, nous a fait ne pas donner suite à ce projet. M. Mathieu nous a dit avoir fabriqué un nez en aluminium pour un général russe, qui le porte depuis quatre

années sans que sa pièce ait subi la moindre altération par le contact des sécrétions nasales. L'aluminium constitue donc une ressource de plus.

La gutta-percha permet aussi de construire des appareils très légers, et à bas prix; mais la falsification fréquente qu'a subie la matière première que l'on trouve dans le commerce rend ces pièces trop fragiles. Leur usage ne s'est pa généralisé.

M. Luer a produit à l'exposition universelle de Paris (1855) des essais fort remarquables de nez tout en caoutchouc. Nous devons d'autant plus signaler ici les résultats auxquels il est arrivé, que ce fabricant ingénieux répare, en même temps, et de la même manière, les brèches de la lèvre supérieure, qui, très-souvent, compliquent la mutilation du nez, lorsque la perte de substance est amenée par un lupus.

Quoique accomplies dans l'ombre, les conquêtes de cette branche de la prothèse sont réelles. L'innovation la plus notable est l'emploi du caoutchouc. Les services que rend cette substance, pour la construction des nez complets, et l'ornement des pièces fabriquées en métal, constitue un progrès des plus remarquables.

(La suite au prochain numéro.)

Matelas capitonné à eau, par M. Galante.

Les escarres du sacrum sont sans contredit un des accidents les plus graves qui puissent atteindre les malades condamnés à un décubitus prolongé; c'est dire qu'ils compliquent la plupart des maladies chroniques. Ajoutons que les maladies aiguës n'en sont pas exemptes, surtout lorsqu'elles revêtent un caractère adynamique, comme certaines formes de variole et de fièvre typhoïde; enfin les maladies chirurgicales, parmi lesquelles il faut compter en première ligne les fractures des extrémités inférieures, surtout chez les vieillards, se compliquent fréquemment d'escarres au sacrum.

Jusqu'ici la pratique médico-chirurgicale a été à peu près désarmée contre cette terrible complication, et quand les malades parviennent à survivre ce n'est qu'au bout d'un temps très-long. Quel médecin n'a été témoin de cas dans lesquels des escarres du sacrum persistaient deux, trois mois et plus après la guérison de la maladie pendant laquelle elles étaient survenues, malgré les pansements les plus méthodiques et les plus minutieux? heureux encore quand le malade ne finissait pas par succomber.

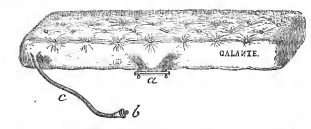
Il est facile de s'expliquer ces résultats : jusqu'ici on s'est contenté de traiter les escarres du sacrum par des moyens topiques, sans doute excellents, mais en laissant subsister la cause qui les avait produites, le plan résistant sur lequel reposent les malades.

C'est à supprimer ce plan résistant que consistait le problème à résoudre.

Le docteur Arnott, de Londres, est entré le premier dans cette voie, en faisant établir un lit imperméable, qu'il remplissait d'eau : ce lit, qui rendit de grands services en Angleterre, fut admis à l'Exposition universelle de 1855. Le jury international émit sur cet appareil une opinion des plus favorables, tout en manifestant la crainte que son prix élevé ne fût un obstacle à son adoption : cette crainte s'est en effet réalisée, et le lit du docteur Arnott est encore aujourd'hui presque inconnu en France.

Après de longs essais, faits sur la demande et d'après les indications de

M. le docteur Demarquay, chirurgien des hôpitaux civils de Paris, nous sommes parvenu à confectionner un modèle dont le prix est accessible au plus grand nombre et surtout aux établissements hospitaliers.



Le matelas à eau que nous soumettons à l'examen de l'Académie impériale de médecine est constitué par deux feuilles de caoutchouc vulcanisé, soudées par leurs bords : l'eau y est introduite. dans l'espace de deux à trois minutes, par une large ouverture A, se fermant instantanément par un mécanisme des plus simples.

Ce matelas, convenablement rempli, présente environ 10 centimètres de hauteur. L'eau doit avoir une température de 28 à 30 degrés, à moins d'indications spéciales, ainsi que nous le dirons plus loin ; dans la majorité des cas, l'expérience prouve que cette eau n'a pas besoin d'être renouvelée. Le caoutchouc vulcanisé présentant une surface lisse et tomenteuse dont le contact est plus doux que celui des tissus de lin les plus fins, il y a tout intérêt à coucher les malades directement sur ce matelas.

Il est d'autres cas où ce matelas rendra des services non moins importants. Rempli d'eau chaude, qu'on aura soin de renouveler, il maintiendra une chaleur uniforme et dont on pourra varier au besoin le degré pour les enfants venus avant terme, dont on a tant de peine à ranimer la vitalité, ainsi que pour les vieillards, pour les paralysés, pour tous ceux enfin chez lesquels les progrès de l'âge ou le défaut complet d'exercice amène le refroidissement progressif.

Ce matelas a été expérimenté depuis deux ans à la Maison municipale de santé, dans le service de M. le docteur Demarquay.

La Société impériale des sciences et des arts de Lille met au concours les deux questions suivantes : 1° Faire connaître les accidents dus à une diète prolongée et les distinguer de ceux qui sont propres à la maladie. — 2° Rechercher les troubles imprimés à l'organisme par suite de l'emploi exagéré des médications altérante, antiphlogistique, vomitive, purgative.

La Société médico-psychologique vient de recevoir de M. Eugène André une somme de 1,000 francs, pour l'affecter, comme prix, à la description de la *manie raisonnante*. Elle a décidé que la question serait traitée dans sa généralité, et que M. le secrétaire général communiquerait aux concurrents, à titre de renseignements, le programme du donateur, tout en leur laissant la plus entière liberté dans la manière d'envisager la question. Les mémoires devront être adressés, avant le 31 décembre 1863, à M. le docteur Th. Archambault, secrétaire général de la Société.

Le baron Barbier, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, a légué à la Faculté de médecine une rente annuelle de 2,000 francs à donner en prix à

celui qui aura inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques d'une utilité générale et supérieure aux précédentes inventions. Le concours est ouvert jusqu'au 31 juillet prochain.

Le 28 de ce mois, doit s'ouvrir à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours pour deux places de médecin des hospices civils de cette ville.

M. le docteur Camille Gros, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine d'Alger, pour les chaires de médecine proprement dites, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

La Société de médecine pratique vient d'élire M. le docteur Magne, secrétaire général, en remplacement de M. Foucart, décédé.

M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, est nommé commandeur de l'ordre de Charles III d'Espagne.

M. le docteur Devay, professeur à l'école de médecine de Lyon, vient d'être nommé membre associé national de la Société anthropologique de France.

L'Association générale s'étend désormais à toute la France ; nous apprenons avec satisfaction qu'une Société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se fonder à Chambéry, pour les médecins du département de la Savoie. Le chiffre des sociétaires s'élève déjà à 35, soit moitié du nombre total des médecins de ce département. MM. Molard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry, Revel et Jarrin sont les trois candidats que la Société présente au choix de l'Empereur pour la place de président.

M. le docteur Nicod (d'Arbent), administrateur et médecin consultant du dispensaire général de la ville de Lyon, vient de succomber dans un âge avancé. M. le docteur Gubian a prononcé sur la tombe de son ami un discours qui résume une noble et belle vie. Voici un passage de ce discours : « La perte d'un homme aussi distingué par la supériorité de ses connaissances, par la précision et la force de son jugement, la haute dignité de son caractère, par son abnégation de soi-même et par son inépuisable charité est, messieurs, un malheur public et laisse à tous ceux qui l'ont connu des regrets infinis. » Le *Bulletin de Thérapeutique* comptait l'honorable médecin de Lyon au nombre de ses correspondants les plus actifs et les plus dévoués; il a publié un bon nombre des travaux de M. Nicod, qui tous ont été remarqués ; il s'associe donc avec empressement aux regrets qu'inspire sa mort.

M. le docteur Deval, ophthalmologiste distingué de Paris et auteur de plusieurs ouvrages estimés, vient de mourir à l'âge de cinquante-cinq ans, après quelques jours de maladie.

MM. Cloquet et Nélaton, Tardieu et Demarquay sont désignés pour faire partie du jury de l'exposition de Londres ; MM. Cloquet et Nélaton comme juges titulaires ; MM. Tardieu et Demarquay comme suppléants. MM. Cloquet et Tardieu font partie de la classe qui s'occupe des objets nécessaires à l'enseignement ; MM. Nélaton et Demarquay de la classe qui s'occupe des instruments et appareils chirurgicaux et de la prothèse.

La constitution médicale de Strasbourg est en ce moment très-caractérisée. Une épidémie de grippe a pris un développement considérable, sans cependant présenter l'étendue et la gravité de celle de 1837. Les symptômes qui dominent cette année sont le coryza intense, accompagné quelquefois de douleurs très-vives dans les extrémités.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur la thérapeutique des phlegmasies aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire.

Par M. le docteur Carrière, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chirurgien de l'hôpital de Saint-Dié (Vosges).

Pour un grand nombre de médecins, les phlegmasies aiguës de l'appareil respiratoire se placent au premier rang parmi les affections les mieux connues sous le rapport de la pathologie et de la thérapeutique. Ce sont en quelque sorte des types classiques, dont le tableau, tracé de main de maître par les nosologistes de tous les pays et de toutes les époques, ont acquis dans ces derniers temps un haut degré de précision, par l'application des procédés nouveaux dont s'est enrichi l'art du diagnostic. La percussion et l'auscultation ont rendu palpables à nos sens et placé au rang des phénomènes *objectifs* certains états pathologiques qui échappaient à nos devanciers, ou qui ne leur étaient révélés que par des troubles fonctionnels plus ou moins caractérisques, ou par les sensations éprouvées par le malade lui-même.

D'un autre côté, les phlegmasies pulmonaires, à cause de leur fréquence et de leur gravité, ont dû de tout temps fixer l'attention des praticiens et exercer la sagacité des thérapeutistes : de nombreuses méthodes de traitement, rationnelles ou empiriques, sont formulées avec détails dans les *traités ex professo*, et dans tous les recueils de clinique. Je n'ai donc pas besoin de prévenir que je n'ai point pour but dans cet article de faire connaître de nouveaux remèdes ou de proposer quelque méthode nouvelle. Je n'ai même pas la prétention de comparer entre elles les méthodes généralement suivies, ni de déterminer la valeur relative des agents thérapeutiques les plus usités. Je veux seulement chercher à préciser les circonstances dans lesquelles telle méthode m'a paru préférable à telle autre, et indiquer ce que l'expérience m'a démontré touchant l'application d'un remède donné à tel ou tel cas particulier.

Je dois déclarer tout d'abord, que les indications thérapeutiques qui font l'objet de cette communication n'ont point pour base des *résultats numériques;* je n'admets point l'intervention des chiffres dans la médecine pratique, et surtout leur application à la thérapeutique. Les chiffres ne peuvent représenter que des éléments identiques ou tout au moins parfaitement comparables, et tous les

observateurs consciencieux savent combien les cas de ce genre se rencontrent rarement dans la pratique.

Une maladie, si bien déterminée qu'elle soit dans les cadres nosologiques, n'en constitue pas moins un ensemble très-complexe de phénomènes essentiellement variables ; et puis, pour les véritables praticiens, il n'y a pas seulement *la maladie*, il y a aussi *le malade*, c'est-à-dire les modifications imprimées à la modalité pathologique par les conditions d'étiologie, d'âge, de force, d'idiosyncrasie, ou, en un mot, de vitalité individuelle. Or, si on veut tenir compte de toutes ces circonstances que l'on ne peut écarter, sous peine de graves mécomptes, je demande ce que deviendront alors les chiffres.

Certes, la médecine deviendrait chose facile si elle pouvait s'assimiler aux sciences exactes, et si le talent du statisticien pouvait, sans inconvénients, se substituer au tact médical, qui ne peut être que le fruit d'une longue expérience guidée par des connaissances solides et par un jugement droit.

Après cette petite digression, que le lecteur voudra bien me pardonner, j'aborde la thérapeutique des phlegmasies aiguës du poumon, et je vais passer en revue les moyens les plus généralement usités pour les combattre. — Parmi ces moyens, il en est quelques-uns qui occupent le premier rang et que l'on peut considérer comme formant la base des traitements les plus rationnels ou les plus efficaces. Ce sont : la saignée, l'émétique, l'opium et les révulsifs cutanés. — Quatre grands leviers, qui, soit qu'ils agissent isolément ou qu'ils combinent leur action, peuvent donner des résultats merveilleux lorsqu'ils sont appliqués à propos.

1° *La saignée.* — Je la place en première ligne, comme le moyen dont l'usage est le plus général, le plus vulgaire, et l'application la plus variée et la plus étendue. Nous ne sommes plus au temps où l'idée d'une forme quelconque de phlegmasie thoracique, pneumonie, pleurésie, bronchite, était inséparable de l'idée d'une émission sanguine ; mais pourtant il y a encore bon nombre de médecins à qui l'évidence des faits suffit à peine pour reconnaître que telle pneumonie guérit fort bien sans le secours de la lancette ou des sangsues, et que dans telle autre ces moyens ne produiront même que des résultats désastreux. La détermination des conditions dans lesquelles la saignée peut être utile ou devenir nécessaire, constitue donc une indication de la plus haute importance. Malheureusement cette indication ne peut être formulée d'une manière générale, parce qu'elle ressort de conditions complexes et variables, tant du

côté de la maladie que du côté du malade. Je vais essayer d'indiquer quelques-unes de ces conditions.

Si la phlegmasie s'est déclarée brusquement chez un sujet d'ailleurs sain et vigoureux, si elle a débuté par un frisson promptement suivi d'une réaction franche et d'une turgescence vasculaire bien prononcée, si du reste l'affection est *récente* et occupe plus spécialement le parenchyme pulmonaire, l'indication do la saignée est formelle, et ce moyen appliqué dans de telles conditions l'emporte certainement sur ceux qu'on pourrait lui substituer, tant par l'énergie de son action quo par la promptitude de ses résultats. C'est encore à la saignée qu'il faut recourir, à l'exclusion de tout autre agent, lorsque l'affection a un caractère évidemment congestionnel, et que, d'ailleurs, le sang n'a subi aucune altération susceptible d'affaiblir ses propriétés vitales. Les caractères fournis par la percussion et l'auscultation de la poitrine, ceux que présentent les produits de l'expectoration, la difficulté croissante de la respiration, le mode d'invasion des phénomènes et surtout la rapidité de leur développement suffisent généralemeut pour faire reconnaître les cas de ce genre, surtout s'ils se présentent chez des sujets pléthoriques ou disposés aux accidonts congestionnels, aux hémorrhagies.

Dans l'uno ou l'autre des formes dont je viens d'esquisser les traits les plus saillants, la saignée ne saurait être remplacée par un agent dynamiquo dont l'action est moins immédiate, plus lente à s'établir et à se développer; car alors on pourrait perdre un temps précieux qui tournerait au profit de la maladie. Mais il ne faut pas perdre de vue que la saignéo n'est efficace qu'autant qu'elle arrive à propos, et c'est peut-être dans les affections aiguës du poumon que le temps de son application utile est le plus limité. En général, elle est moins avantageuse à mesure qu'on s'éloigne du début de l'affection, et je me suis convaincu qu'elle devient souvent nuisible après le quatrième ou cinquième jour, surtout lorsque la phlegmasie occupe une grande étendue, et qu'une partie considérable du poumon a passé à l'état d'hépatisation. On comprend qu'en effet alors, l'insuffisance de l'hématose a produit une altération notable du sang qui porte spécialement sur ses conditions de vitalité, et qu'une saignée pratiquée dans de telles circonstances aura souvent pour effet immédiat une dépression fâcheuse, sinon rapidement funeste. Il ne suffira donc point, pour se décider à l'emploi de ce moyen, de consulter l'état de la circulation: car les données fournies par le pouls ne sont pas toujours l'expression de l'état réel des forces vitales; il faudra aussi examiner avec soin la poitrine, déterminer le degré

et l'étendue de la lésion locale, reconnaître la perméabilité de la partie de l'organe restée saine, enfin apprécier autant que possible les conditions actuelles de la calorification. Je veux encore le répéter, parce que j'en suis bien convaincu, saigner quand la vitalité commence à fléchir, c'est s'exposer à frapper sur le malade sans atteindre la maladie.

2° *L'émétique*. — L'application de cet agent à la thérapeutique des phlegmasies du poumon constitue deux méthodes de traitement bien différentes par leurs effets et leur mode d'action sur l'organisme, savoir : la méthode évacuante et la méthode contro-stimulante; je vais donc envisager chacune d'elles en particulier. — 1° *Vomitif*. — Je dois d'abord déclarer que dans la généralité des cas où l'indication de ce remède se présente, je préfère l'ipécacuanha au tartre stibié, et je rejette même absolument l'emploi de ce dernier, toutes les fois que je crois devoir me tenir en garde contre son action dépressive. D'ailleurs, je le prescris rarement aux femmes nerveuses, aux sujets délicats, presque jamais aux enfants. — Pour les adultes, je donne ordinairement la poudre d'ipéca, à la dose de 2 grammes, en trois prises égales, à dix minutes d'intervalle, délayée dans un quart de verre d'eau tiède ; pour les enfants j'emploie le sirop, à la dose de 20 à 30 grammes, additionné ou non de 3 à 6 décigrammes de poudre. Quant au tartre stibié, je le réserve pour les sujets robustes, à tempérament bilieux ou sanguin, placés d'ailleurs dans les conditions où la médication évacuante est indiquée.

C'est dans les phlegmasies où prédomine l'élément muqueux que le vomitif se montre surtout efficace et dans celles qui sont *de nature catarrhale*, qu'il développe toute sa puissance d'action. Au printemps, en automne et dans le courant des hivers mous et pluvieux, ces affections se montrent souvent avec une grande fréquence, et empruntant un cachet particulier à la constitution atmosphérique régnante, et finissent par constituer une véritable épidémie. D'abord ce sont des bronchites assez légères, des angines, des laryngites pseudo-croupales chez les enfants, puis bientôt les cas s'aggravent et on voit apparaître de véritables péripneumonies, qui se montrent d'abord chez les vieillards et chez les enfants et ne tardent pas à atteindre les adultes les plus vigoureux. Si on observe attentivement ces affections, et si on assiste à leur début, on remarque que la phlegmasie pulmonaire s'établit rarement d'emblée et au milieu des conditions ordinaires de santé du sujet; elle est généralement précédée d'accidents plus ou moins prononcés qui indiquent que

l'action de la cause pathogénique s'est exercée sur l'élément muqueux avant d'envahir le parenchyme vasculaire. En outre, dans beaucoup de cas, l'affection conserve chez les adultes eux-mêmes, une grande analogie avec la pneumonie lobulaire des enfants. Dans les cas les plus ordinaires, la maladie se présente seulement sous la forme d'une bronchite généralisée, accompagnée de fièvre avec exacerbation le soir, et caractérisée par la courbature musculaire, la dyspnée; une toux douloureuse avec expectoration difficile de mucosités claires ou quelquefois striées de sang. L'exploration de la poitrine ne révèle l'existence d'aucun noyau d'induration; les râles sont généralement abondants, plus ou moins finis, sibilants ou muqueux, selon le degré ou la période de l'affection; et si les bruits respiratoires manquent sur quelques points, la percussion permet de reconnaître que ce phénomène est dû à l'obstruction de quelque tuyau bronchique. Enfin, il arrive assez souvent que c'est au milieu de la période aiguë d'une bronchite comme celle dont je viens de rappeler les principaux caractères, qu'on voit surgir les symptômes qui indiquent la propagation de la phlegmasie aux parties profondes de l'appareil respiratoire. Quelle que soit, du reste, la forme que revête l'affection, on la combat avantageusement par le vomitif, soit à son début, soit surtout pendant sa période sécrétoire. Dans ce dernier cas, il faut souvent même y revenir à plusieurs reprises, si la dyspnée est entretenue par l'abondance de la sécrétion muqueuse.

L'indication des évacuants n'est pas limitée aux circonstances que je viens de signaler, elle s'étend aussi aux cas que j'appellerais volontiers sporadiques, par comparaison avec les premièrs, et qui se présentent avec des caractères analogues à ceux des affections catarrhales bien déterminées.

Enfin, le vomitif est encore indiqué dans les phlegmasies pulmonaires qui s'accompagnent d'embarras gastrique ou d'un état bilieux plus ou moins caractérisé. Dans l'un ou l'autre cas, les malades se plaignent de céphalalgie frontale, de courbature, de dégoût; la bouche est pâteuse ou amère, la langue couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, l'haleine fétide; il y a des vomituritions ou même des vomissements de matières muqueuses ou bilieuses, de la constipation ou quelquefois de la diarrhée. — Tous ces accidents cèdent promptement à l'action de l'ipéca, qui, en même temps, modifie avantageusement l'affection sous l'influence de laquelle ils s'étaient développés. *(La fin au prochain numéro.)*

Note sur l'emploi du révulseur de M. Ch. Baunscheidt.

Par M. le docteur A. Le Roy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest.

Le 11 juin 1848, la Gazette de Bonn (Prusse), appelait pour la première fois l'attention [1] sur un instrument inventé par M. Ch. Baunscheidt, mécanicien à Endenich, près Bonn. Cette invention, ambitieusement élevée à la hauteur d'une découverte, était, disait-on, appelée à jouer un rôle important dans l'art de guérir; le corps médical de l'université de Bonn aurait été saisi d'admiration en présence d'une pareille découverte; le conseiller actuel, professeur, docteur Edwtzer, sommité médicale, après avoir étudié et expérimenté, après avoir constaté les effets salutaires de ce nouveau moyen, n'aurait pu s'empêcher de s'écrier: « Voilà l'œuf de Colomb! »

A partir de ce moment jusqu'en 1857, un grand nombre de journaux allemands en ont successivement parlé de la manière la plus flatteuse, comme d'une méthode curative appelée à devenir le trait d'union entre l'allopathie et l'homœopathie. L'instrument était désigné sous les noms emphatiques de *dermabioticon*, régénérateur, vivificateur de la peau, réveilleur de vie, en allemand *lebensweker*.

Pour la première fois, en janvier dernier, j'eus connaissance, par les rapports enthousiastes de plusieurs capitaines de la marine marchande de nations du nord, du nouvel instrument de M. Baunscheidt et du *baunscheidtisme*. Pénétrés de reconnaissance pour les services que le *réveilleur de vie* aurait rendus, soit à des hommes de leurs équipages, soit à eux-mêmes, ou séduits par les idées systématiques du baunscheidtisme, très-propres, en effet, à frapper des esprits dénués de saines notions de médecine ou de physiologie, ces marins prétendaient que depuis cette *merveilleuse découverte*, ils naviguaient tranquilles, certains qu'ils étaient, à la mer, d'avoir entre les mains un moyen puissant, inoffensif, propre à combattre la plupart, pour ne pas dire toutes les maladies. Je pus lire alors une petite [2] brochure ayant pour but de populariser en France

[1] Voyez *le Réveilleur, exposé sommaire du baundscheidtisme, ou méthode curative nouvelle de M. Baundscheidt, basée sur la nature seule, sans médication interne ou externe, et appliquée à la guérison des maladies rhumatismales de toute forme, des gouttes* (*sic*), *paralysies, névralgies, bronchites, affections de l'estomac et de la poitrine*, etc., par le docteur Lipkau. Paris, 1860, brochure.

[2] Voir *le baunscheidlisme* par l'inventeur de cette nouvelle doctrine de

la pratique et les idées de M. Baunscheidt. L'auteur, qui n'est pas médecin, n'a fait que résumer, en un français fortement accentué de germanisme, un volume allemand de 600 pages, dans lequel l'inventeur a développé ses idées *médicales*, et a accumulé force certificats et témoignages de reconnaissance délivrés par des malades [1].

De prime abord, les prétentions d'universalité curative attribuée à ce nouveau moyen, les explications grossièrement humorales sur la nature des maladies, la facile et certaine élimination des *vices rhumatismal et psorique* obtenue par le *réveilleur de vie*, le nom même donné à l'instrument, l'enthousiasme avec lequel il est célébré, et qui souvent s'élève jusqu'au lyrisme burlesque, m'éloignèrent de faire des essais et d'ajouter la moindre confiance à ce nouveau procédé de guérison prôné comme une panacée universelle. Je laissai la brochure dormir sur mon bureau, et ne songeai plus au baunscheidtisme.

Au commencement du mois de février, un de mes amis, non médecin, mais grand admirateur de toutes les productions du génie allemand, insista pour que je prisse connaissance d'une autre brochure, celle de M. le docteur Lipkau, un des apôtres du baunscheidtisme (il est inscrit à ce titre sur la liste qu'a dressée des adeptes de sa doctrine M. Baunscheidt lui-même, je n'y ai remarqué aucun nom français.) Il me proposa de me procurer l'instrument, et l'*oleum Baunscheidtii*. Je retrouvai dans le petit livre de M. Lipkau

---

guérison, Ch. Baunscheidt. — Extrait traduit de l'allemand par L. Bellebaux, 1860.

[1] *Der Baundscheidtismus vom erfinder dieser neuen heillehre*, Carl. Baunscheidt, Bonn, 8e édit., 1862, vol. in-8o de 600 pages. Ce livre, qui a été traduit en cinq ou six langues, contient, dans les 150 premières pages, sept préfaces des éditions successives; une introduction sur la vie et son but, les moyens de l'entretenir; l'exposé des idées de M. Baunscheidt sur la pathologie; la description du réveilleur de vie et son emploi; le résultat do son application dans la plus grande partie des maladies qui sont divisées en *maladies légères et maladies graves*. Dans la première catégorie on trouve: les douleurs rhumatismales, douleurs de dents, d'oreilles, de tête, gouttes, migraines, acatalepsie (*sic*), les vers, hypocondrie, hystérie, brûlures, scrofules, lupus, rougeole, suette, grippe, bronchite, coqueluche, ophthalmies, etc., etc. Dans la deuxième catégorie sont rangées: la fièvre nerveuse, catarrhale, aliénation, asthme, rachitisme, paralysies, scarlatine, goître, hydrocèle, choléra, etc., etc. Le reste du livre (environ 400 pages), est consacré au recueil des observations cliniques de M. Baunscheidt, mais surtout aux opinions de la presse (non médicale) allemande, à un certain nombre de rapport des médecins, et aux nombreux certificats de malades reconnaissants. Plusieurs pièces de vers, en l'honneur de M. Baunscheidt, viennent reposer et charmer l'esprit du lecteur.

le même enthousiasme, plus, certaine prétention scientifique. Peu de jours après, j'apprenais que le *réveilleur de vie* venait d'être présenté à l'Académie de médecine (séance du 18 février), par l'honorable M. Gibert, sous le nom beaucoup plus modeste et plus juste de *révulseur*, dans des termes modérés, comme on devait s'y attendre de la part de ce savant et consciencieux clinicien. Persuadé de l'innocuité de ce moyen d'irritation cutanée employé avec prudence et discernement, convaincu de la légitimité et de l'utilité de l'expérimentation en médecine, quand on est certain de ne pas nuire, me rappelant les immenses bienfaits des pratiques de Priessnitz, d'où découla plus tard l'hydrothérapie rationnelle, je n'hésitai pas à faire des essais, animé du désir de reconnaître ce que la pratique pourrait retirer d'utile de l'application de ce nouveau moyen.

Grâce à l'obligeance d'une personne de Brest, qui a conservé des relations suivies avec l'Allemagne, je pus me procurer immédiatement le véritable *réveilleur* qui porte sur sa tige ces mots :

C. Baunscheidt.
Endenich.
Bonn.
Inventor.

L'instrument se compose :

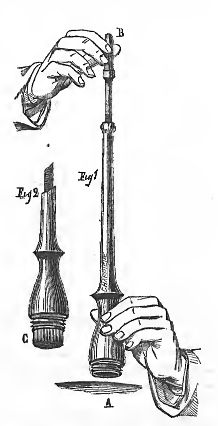
1° D'un étui cylindrique ou tube d'ébène renflé à la partie inférieure ayant à peu près la forme d'un stéthoscope, moins la plaque auriculaire ;

2° D'un ressort à boudin, caché dans cet étui, dans lequel il joue facilement, du volume d'une sonde œsophagienne de 0,15 centimètres de longueur, fixé supérieurement à une petite tige de même grosseur, qui se termine par une olive. Cette olive sert de poignée pour mettre en jeu le ressort (B, fig. 1) ;

3° D'un disque de plomb, au centre duquel s'attache le ressort spiroïde, ayant 0,01 centimètre de hauteur, le diamètre d'une pièce de 10 francs, et faisant l'office, par son poids, d'une espèce de mouton. Sur la face libre de ce disque, sont implantées solidement quarante aiguilles parallèles, également espacées, d'une longueur de 0,02 centimètres (C, fig. 2). Cette petite armature est logée dans l'évasement circulaire inférieur du tube d'ébène, ou chambre fermée par un couvercle qui se visse et protége les aiguilles.

Manuel opératoire. — Pour mettre en jeu cet instrument, il suffit de dévisser le couvercle, de placer l'ouverture circulaire de la chambre d'action sur la partie que l'on veut frapper; le tube étant maintenu légèrement avec la main gauche, on saisit l'olive supé-

rieure entre l'indicateur et le pouce ; on tend ainsi, à son gré, le ressort (son allongement ne doit pas dépasser 0,05 centimètres) selon le degré de pénétration et la force que l'on veut obtenir, puis on l'abandonne immédiatement. Les aiguilles, lancées par cet effort, poussées par le poids du disque de plomb, hors du tube, entrent plus ou moins profondément dans le tissu de la peau. On renouvelle, en quelques secondes, cette petite décharge aussi souvent que l'on veut, toujours avec la faculté de modifier les efforts d'impulsion, suivant la sensibilité et la résistance variables des parties qu'on intéresse.



On produit ainsi, avec 10 coups, 400 piqûres ; avec 100 coups, 4,000 [1].

Je reçus également un flacon sur le verre duque est écrit en relief, *Oleum Baunscheidtii*. Il est cacheté de cire rouge, avec une empreinte représentant un *cousin*, dans le but de rappeler l'origine de l'idée chez l'inventeur.

Cette huile, assez transparente, d'une couleur jaune légèrement verdâtre, assez fluide, a une odeur qui rappelle celle de la moutarde, plus une odeur aromatique que je n'ai pu définir. Une gouttelette

---

[1] M. Baunscheidt, dans la crainte du transport des matières morbifiques d'un sujet à un autre, engage à avoir *un instrument pour chaque malade* ; en admettant les idées du mécanicien de Bonn, une lancette ne devrait donc servir qu'une fois ! La fabrication des *réveilleurs de vie*, deviendrait une industrie fort lucrative.

déposée sur la langue donne lieu à un sentiment de cuisson très-marqué, et développe un goût âcre et brûlant. Au bout de quelques minutes, une chaleur vive, très-persistante, s'étend au palais, surtout à l'arrière-gorge, comme cela arrive à la suite de l'ingestion d'une parcelle du piment le plus énergique. M. Baunscheidt a seulement fait connaître, relativement à la composition de son huile, qu'elle avait pour base le *sinapis nigra* et le *piper nigrum*.

Quant au mode d'application de l'instrument et de l'huile, je me suis exactement conformé aux recommandations faites dans la brochure de M. Lipkau, et dans l'ouvrage allemand de M. Baunscheidt lui-même.

Avant d'exposer les résultats obtenus, il est bon de rappeler quelle a été la cause occasionnelle de cette invention [1].

« M. C. Baunscheidt raconte qu'un jour, souffrant de douleur rhumatismale à la main, il était assis près d'une fenêtre, lorsque plusieurs de ces insectes appelés *cousins* (*culex pipiens*, L.) vinrent se poser sur la partie malade, et se mirent à la sucer. Ne pouvant parvenir à les chasser, il les laissa tranquillement se livrer à leur travail de succion. Quelques instants après, ces insectes s'envolaient saturés de liquide, et, coïncidence étrange, avec leur fuite la douleur diminua sensiblement et s'éteignit presque complétement.

« M. Baunscheidt, observateur attentif de la nature, fut frappé de ce phénomène. Avide de connaître, il chercha et trouva la cause qui avait opéré en lui ce calme inattendu et merveilleux. Le cousin venait de lui apprendre : *comment des matières morbifiques accumulées et retenues en un endroit, pouvaient être dérivées et éliminées de la manière la plus simple, la plus naturelle, et sans perte de sang.* »

« M. Baunscheidt avait remarqué que les piqûres des cousins avaient pratiqué de fines ouvertures à la peau par lesquelles avait dû s'éliminer la substance morbifique, sans altérer la circulation, et ne laissant après elles que de légères tuméfactions rubéfiées [2]. La cause étant déterminée, M. Baunscheidt n'a eu qu'à reproduire artificiellement les ouvertures pratiquées par les piqûres des cousins ; de là l'invention du *réveilleur*. »

Nous en demandons bien pardon à M. Baunscheidt : à la suite de

---

[1] Voyez : *Der Baunscheidtismus*, etc., p. 22. Brochure de M. Lipkau, p. 5.

[2] Bien d'autres insectes, à ce titre, eussent pu avoir les honneurs de cette lumineuse révélation, la puce, la punaise, etc., ne donnent-elles pas lieu aux mêmes phénomènes ? Le rôle de ces intéressantes bêtes avait échappé à l'auteur des *Harmonies de la nature !*

la piqûre faite par l'aiguillon multiple du cousin, il n'y a élimination d'aucune matière morbifique ou autre; la peau devient le siége d'une simple papule, plus ou moins étendue, plus ou moins douloureuse, suivant la susceptibilité de la peau, l'espèce de *culex*, etc. Il ne peut y avoir eu de soustrait à l'économie que la très-minime quantité de sang sucée par le cousin et qui est l'unique but de son aggression sur l'homme ou les animaux. La douleur très-cuisante doit être attribuée au liquide vénéneux versé dans la plaie par l'insecte, auquel la nature paraît l'avoir donné pour rendre plus fluide le sang dont il s'abreuve. Le remède le plus simple contre cette piqûre, quand elle est isolée, est de presser ou de sucer la partie blessée, afin d'en faire sortir un peu de sang qui entraîne avec lui tout ou partie du venin, et de laver ensuite la plaie avec de l'eau fraîche. Ainsi donc, dans le cas de la piqûre des cousins, il n'y a pas eu élimination de substance morbifique (en acceptant pour le moment la doctrine humorale), mais bien au contraire inoculation d'un venin. Le soulagement que M. Baunscheidt a ressenti à la suite de leur piqûre pourrait s'expliquer plus rationnellement par un des modes particuliers de la révulsion, la *contre-fluxion nerveuse* de M. Marotte; à moins qu'on ne veuille faire jouer un rôle sédatif au venin lui-même, qui agirait comme le fait le sulfate d'atropine, à l'aide de l'injection hypodermique de M. Béhier, ou le sulfate de morphine par l'inoculation de M. Lafargue (de Saint-Emilion), qui, comme on le sait, donne lieu aussi à une forte papule. D'ailleurs. l'opinion de M. Duméril était que l'humeur dégorgée (probablement de la salive), par le cousin exerce d'abord une action narcotique, qui émousse momentanément la sensibilité locale. L'idée même de l'application des venins de certains insectes a été proposée en thérapeutique, en particulier celui du frelon (*vespa crabro* [1]).

Si la piqûre du cousin, comme mode d'élimination des principes morbifiques avait sur le rhumatisme, en particulier, et dans la grande majorité des maladies, l'action bienfaisante qui aurait été un trait de lumière pour M. Baunscheidt, les populations de certains pays, où plusieurs espèces de culex abondent, devraient jouir d'une santé parfaite. Grâce à l'aiguillon cruel des *maringouins* [2], nulle matière morbifique ne pourrait s'accumuler et demeurer retenue. Hélas, il

[1] Voyez: *Revue thérapeutique du Midi*, t. VIII, p. 265, sur l'action modificatrice que les venins peuvent exercer dans certains états morbides, par M. Téléphe P. Desmartis. — *Gazette hebd.*, t. V. p. 738, 22 octobre 1858. — Etudes sur les venins et les virus, par le même.

[2] *Culex ferox* (Wiedm.), *culex mosquito* (Rob. Desv.)

n'en est rien : sur les bords de la rivière des Amazones, à Cayenne comme à Terre-Neuve, en Suède, en Laponie, le rhumatisme se montre avec tout autant de gravité qu'en Allemagne ou en France, et cependant des nuées de moustiques font endurer de véritables tourments aux habitants comme aux voyageurs, à certaines époques. A Terre-Neuve, à Madagascar, nous avons vu des malheureux rhumatisants torturés par les piqûres des moustiques qu'ils ne pouvaient chasser ; ils ne retiraient aucun bénéfice pour leur maladie de ces piqûres si douloureuses.

Quoi qu'il en soit, pour arriver à imiter l'effet que M. Baunscheidt croit être celui produit par l'aiguillon des *culicides*, il a inventé un instrument d'acupuncture fort ingénieux, et il a cherché à en augmenter l'action par une onction faite immédiatement à l'aide d'un topique irritant particulier (*oleum Baunscheidtii*).

C'est postérieurement à l'invention de l'instrument, notons-le en passant, que le singulier assemblage d'idées systématiques empruntées à un humorisme suranné et à l'*ahnemanisme*, assemblage décoré du nom de *Baunscheidtisme*, a pris naissance chez l'inventeur. Enhardi sans doute par les succès qu'il a obtenus de ce moyen de révulsion, dans les cas de douleurs rhumatismales, il a attaqué successivement d'autres maladies, plus ou moins justiciables de ce mode puissant de médication. Or, comme il n'est pour ainsi dire pas d'affections pendant le cours de laquelle, à un moment donné, la méthode révulsive ne puisse être utile, le baunscheidtisme n'a pas tardé à embrasser le cadre nosologique tout entier. Un médecin s'en serait tenu à proclamer les avantages que ce nouveau moyen pouvait avoir sur tous les procédés de révulsion usités jusqu'à ce jour ; mais alors, plus de prestige, la *merveilleuse découverte* se réduisait aux modestes proportions de l'invention d'un instrument ingénieux, tandis que l'édification de toute une doctrine était autrement propre à impressionner la foule. En choisissant comme base l'humorisme, M. C. Baunscheidt n'a fait qu'obéir aux idées médicales que tout homme possède, quelque peu élevé que soit le degré de son instruction ; ou bien il a fait preuve d'une grande connaissance des tendances instinctives des masses, qui ont toujours été séduites par les explications humorales de la nature des maladies. Quel est le praticien qui ne remarque, chaque jour, combien sont profondes et vivaces les racines de cette doctrine dans l'esprit des malades de toutes les classes de la société et de tous les lieux ?

Voyons maintenant quels sont les effets *immédiats* produits par

cette méthode complexe de révulsion. M. Gibert les a résumés très-nettement et très-exactement en ces termes : « Fluxion, rubéfaction circonscrites de la peau, excitation des nerfs et des vaisseaux cutanés, phlogose superficielle et, consécutivement, apparition d'une éruption vésico-pustuleuse confluente, d'une durée d'un septénaire, suivie d'une desquammation sans cicatrice. » Tels sont les phénomènes qui se succèdent en général.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Mémoire sur la nature et le traitement des kystes des paupières [1].

Par M. le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

3° Kystes méïbomiens.

Ce sont les plus fréquents de tous ; ce sont eux surtout qui ont été désignés sous le nom de *chalazion*, *grêlon*, *grain d'orge*, etc. ; c'est à cette classe qu'il faut rapporter la grande majorité des tumeurs des paupières, désignées par Demours [1] sous le nom de *loupes*, par Scarpa [2] sous le nom de *tumeurs cystiques*, par Dupuytren [3] sous le nom de *tumeurs enkystées*, par M. Deval [4] sous le nom de *tumeurs tarsiennes des paupières*. C'est pour n'avoir pas reconnu la véritable nature de ces tumeurs qu'on a proposé un si grand nombre de procédés opératoires pour en obtenir la guérison. Commençons donc par déterminer le véritable point de départ de ces productions morbides, il sera facile ensuite de rechercher le mode de traitement le plus rationnel à leur appliquer. Le fait suivant est propre à élucider la question.

Obs. IV. *Tumeur enkystée de la paupière supérieure droite, développée dans un des follicules de Méibomius. — Extirpation de la tumeur. — Anatomie pathologique de cette dernière. — Réunion de la plaie par première intention. — Guérison.* — La dame Laurent, âgée de soixante et un ans, sans profession, demeurant à Montmartre, est envoyée à ma clinique, par M. le docteur

[1] Suite et fin, voir la précédente livraison, p. 290.

[2] *Loc. cit.*, t. I, p. 121.

[3] *Traité des maladies des yeux*, trad. sur la 5e édit., par Bousquet et Bellanger ; Paris et Montpellier, 1821, t. 1, p. 74.

[4] *Leçons orales*, 2e édit., t. III, p. 377.

[5] *Loc. cit.*, p. 859.

Dehaut, le 15 mars 1861, pour une tumeur de la paupière supérieure droite, de l'existence de laquelle elle s'est aperçue il y a huit mois. Cette tumeur offre le volume d'une amande de petite noisette; elle est bien circonscrite, mobile en tous sens, dure à la pression, sans adhérence, ni altération de la peau qui la recouvre. En renversant la paupière supérieure de bas en haut, la tumeur proémine sous la conjonctive palpébrale qui ne glisse pas sur elle et présente une couleur rouge uniforme. La tumeur, située à environ 3 millimètres au-dessus du bord ciliaire, s'étend plus sur la moitié interne que sur la moitié externe de la paupière.

Je procède, séance tenante, à l'ablation de la tumeur. La patiente reste assise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui tire l'angle externe des paupières en dehors. Avec un bistouri, je pratique une incision parallèle aux fibres de l'orbiculaire, sur la partie moyenne de la tumeur, et je divise, couche par couche, les parties molles qui la recouvrent; dès qu'elle est suffisamment mise à nu, je la saisis avec une pince à griffe, et, d'un coup de ciseaux, je la retranche à sa base. Malgré le soin le plus minutieux, la conjonctive est intéressée, et présente une fente de 5 millimètres de longueur environ. Les bords de la plaie palpébrale sont rapprochés par deux points de suture entortillée. Je prescris l'application continue d'une compresse d'eau froide sur la paupière. J'oubliais de faire remarquer que, pendant le cours de l'opération, la tumeur fut légèrement entamée par le bistouri, et qu'il s'en échappa une petite quantité d'une substance gélatiniforme semblable à celle que nous avons trouvée dans la cavité du kyste.

Le 16 mars, j'enlève les épingles, en laissant les fils; la paupière supérieure offre une petite ecchymose (continuer les applications d'eau froide). Le 18, j'enlève les fils. La plaie est en voie de cicatrisation. Pour éviter une désunion par les mouvements de la paupière, j'applique, sur les deux voiles à la fois, une large bandelette de taffetas d'Angleterre. Cette dernière est retirée le 21. La plaie est réunie profondément, en voie de guérison du côté de la peau. La conjonctive oculo-palpébrale est injectée. Le 28, la solution de continuité est complétement guérie; la conjonctive palpébrale subjacente, bien cicatrisée, demeure légèrement injectée.

Examen de la tumeur. Celle-ci a le volume d'un très-gros pois. Elle est constituée par un kyste, dont la face interne est lisse, dont les parois sont résistantes. En arrière, la petite poche adhère intimement à un tissu consistant, de couleur jaunâtre, qui, examiné au microscope, montre un réseau de fibres très-fines. On ne saurait méconnaître une portion du cartilage tarse. Ce tissu est recouvert en arrière d'une membrane lisse, glissant sur lui, ne pouvant en être séparée qu'avec difficulté; c'est une portion de la conjonctive.

La substance renfermée dans le kyste a l'aspect et la consistance d'un mucilage épais. Elle se laisse saisir en masse avec les mors d'une pince. On l'écrase difficilement et elle ne se dissocie même pas par la pression. Examinée au microscope, à un grossissement de 350 diamètres, elle est formée d'un nombre immense de cellules sphériques renfermant plusieurs granulations.

On voit que, dans le cas précédent, le kyste faisait partie intégrante du cartilage tarse, dont une petite portion a été enlevée avec la tumeur. La nature même de la substance renfermée dans la poche dénotait qu'il s'agissait bien d'un kyste muqueux. Qu'on n'aille pas objecter que ce kyste primitivement développé au-devant du cartilage n'avait contracté des adhérences avec ce dernier que postérieurement à sa formation. Un kyste muqueux ne se développe jamais de toutes pièces, c'est un kyste préexistant dans toute l'acception du mot. La peau n'adhérait pas à la tumeur, ce n'était donc pas un kyste sébacé dépendant du tégument externe; la situation de la tumeur à la partie moyenne de la hauteur de la paupière ne permettait pas non plus de supposer qu'elle eût pris son point de départ dans un des follicules ciliaires. Or, nous avons vu précédemment qu'il n'existe pas, dans la région, d'autres éléments folliculaires. Ici donc, les caractères extérieurs et l'anatomie pathologique s'accordent pour faire admettre que le kyste a pris son point de départ dans un des follicules méibomiens.

Les opinions les plus diverses existent, dans la science, relativement au traitement de ces kystes. Il est incontestable que, chez quelques sujets, ils disparaissent spontanément. On peut aussi essayer d'en obtenir la guérison par l'emploi de certains topiques. Il est probable que ceux-ci agissent en suscitant dans la poche un travail subinflammatoire qui tantôt a pour résultat de donner lieu à la résorption des fluides qui s'y sont accumulés, tantôt de développer une suppuration. Au rapport de Bousquet et N. Bellanger [1], Boyer a plusieurs fois guéri des tumeurs cystiques des paupières, même assez volumineuses, en lavant fréquemment les parties affectées avec une solution d'ammoniaque, et en les couvrant d'un emplâtre de savon et de diachylon gommé. Weller [2] propose une pommade formulée ainsi : Pr. onguent mercuriel double, 4 grammes; camphre broyé et extrait de ciguë, 60 centigrammes de chaque. Après avoir frictionné la tumeur avec la pommade précédente, on la recouvre d'un emplâtre de diachylon et de ciguë. Stœber [3] préconise des frictions avec un liniment volatil, de l'éther, de la teinture de cantharides. Carron du Villards [4] est partisan des mêmes topiques, et fait remarquer que ces frictions font le plus souvent

(1) Traduction du *Traité des maladies des yeux*, de Scarpa, t. I, p. 76. Annotation.

(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 112.

(3) *Loc. cit.*, t. I, p. 95.

(4) *Guide pratique*, etc., t. I, p. 270.

passer le chalazion à un état aigu, qui se termine par suppuration. S. Furnari [1] se loue beaucoup de la pommade suivante : Pr. moelle de bœuf et beurre de cacao fondu, 8 grammes de chaque ; protoiodure de mercure, 2 grammes ; hydrochlorate de morphine, 0g,05. Chez les femmes à peau très-irritable, on ajoute un tiers de pommade de concombre.

Tous ces moyens peuvent être essayés chez des malades pusillanimes, qui redoutent l'action chirurgicale. En admettant, ce qui est rare, qu'ils réussissent, ce n'est qu'au bout d'un temps très-long.

La *ponction* simple serait tout à fait insuffisante ; le contenu de la tumeur une fois évacué ne tarderait pas à se reproduire. Pour obtenir un résultat satisfaisant, il faudrait que la plaie faite par le chirurgien s'enflammât, et que cette inflammation pût se communiquer aux parois du kyste ; ce qu'on a cherché par la méthode des ponctions multiples. Carron du Villards [2] a combiné la ponction avec la cautérisation. Il remplit de poudre de Vienne humectée la cannelure d'une forte aiguille à inoculation, enfonce l'instrument au centre de la tumeur et lui imprime un mouvement de rotation. Le procédé est ingénieux, mais il est à craindre que le caustique reste dans la cannelure de l'aiguille et qu'une grande portion de la face interne de la poche échappe à l'agent destructeur.

Nous ne signalerons que pour mémoire le *séton*, moyen long, douloureux, et qui donne lieu à une infiltration œdémateuse de la paupière, qui pourrait être suivi d'une phlegmasie érysipélateuse et même d'un phlegmon diffus. Il n'y a pas non plus à accorder grande importance à l'*écrasement* que préconise M. Desmarres [3], pour les kystes du bord libre de la paupière. En agissant ainsi, le praticien dont je viens de parler se propose d'éviter une déformation du bord libre et de ménager les cils correspondants, ce qui arriverait si on pratiquait l'extirpation de la tumeur. On se met très-bien à l'abri de ce double inconvénient par la méthode à laquelle je donne la préférence, et qui consiste, après avoir incisé la tumeur par la face conjonctivale, à cautériser le fond du kyste avec un crayon de nitrate d'argent. En agissant ainsi, on respecte les bulbes des cils, et il n'y a pas à craindre l'atrophie consécutive de ces poils.

Je rapporterai ici, par anticipation, un fait où je me suis comporté de cette manière ; le résultat a été on ne peut plus satisfaisant.

---

(1) *Traité pratique des maladies des yeux* ; Paris, 1841, p. 319.

(2) *Guide pratique*, t. I, p. 270.

(3) *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, 2e édit., t. I, p. 610.

Obs. V. *Kyste méïbomien du bord libre de la paupière supérieure droite. — Incision par la face conjonctivale suivie de la cautérisation de la poche. — Guérison rapide.* — M. J***, âgé de vingt-deux ans, étudiant en médecine, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament un peu lymphatique, est affecté, depuis un an et demi, de petites grosseurs des paupières supérieures. Ces tumeurs ont toutes disparu spontanément, à l'exception de l'une d'elles, qui occupe la paupière supérieure droite, et qui, non-seulement a persisté, mais encore a grossi depuis trois mois.

Le 14 février dernier, nous constatons qu'il existe à la paupière supérieure droite, à la réunion du tiers externe avec le tiers moyen, une tumeur du volume d'un gros pois, *limitée en bas* par les cils, tout à fait immobile, rénitente, sans changement de couleur de la peau, *qui n'est pas adhérente*. En renversant la paupière de bas en haut, la tumeur proémine à peine du côté de la conjonctive, qui est un peu plus injectée qu'à gauche. On reconnaît alors que la tumeur fait corps avec le cartilage tarse, qui semble moins épais à ce niveau. Vers le point correspondant au centre de la tumeur, quelques-uns des orifices des follicules de Méïbomius paraissent oblitérés. Il n'existe pas de blépharite ciliaire.

Le 15 février, après avoir renversé la paupière supérieure de bas en haut, et avoir embrassé la tumeur dans la pince anneau de Desmarres, j'incise le kyste transversalement par la face conjonctivale. Il en sort un liquide muqueux. Je cautérise la poche avec un crayon de nitrate d'argent, après quoi on pratique immédiatement sur la partie cautérisée une injection d'eau salée (*fomentations froides sur la paupière*).

Les suites furent conformes à celles qui seront exposées plus loin, quand je rapporterai d'autres observations du même genre. M. J*** est venu me revoir le 26 mars. Il n'existe pas la moindre tuméfaction vers le bord libre de la paupière ; c'est à grand'peine que je parviens à sentir, à travers les parties molles, un noyau d'induration d'un volume insignifiant. Il n'y a pas la moindre déviation du bord libre du voile ; les cils sont restés aussi nombreux, aussi bien dirigés sur la portion de ce bord correspondant à la partie opérée que sur le reste de son étendue.

L'*incision simple* de la tumeur, soit par la face conjonctivale, soit par la face cutanée, avec énucléation de la substance contenue dans le kyste, compte des partisans : Maîtrejean, Demours, Mackenzie. Qui ne voit que cette méthode est insuffisante, qu'elle expose à la récidive de l'affection ?

L'*extirpation*, soit par la surface cutanée, comme le veulent Dionis, Pelier de Quengsy, Stœber, Furnari ; soit par la face conjonctivale, comme le préconisent Demours, Scarpa et aussi Stœber, est une méthode infaillible, en ce sens qu'on emporte la production morbide, qu'on ne laisse aucune portion du kyste dans l'épaisseur de la paupière, ce qui expose à la récidive. D'un autre côté, c'est une

opération longue, douloureuse, donnant lieu à une hémorrhagie abondante. Mais ce ne sont là que des inconvénients médiocres à côté du suivant : nous avons fait remarquer antérieurement que ces kystes se développent dans l'épaisseur même du cartilage tarse, dont ils font partie intégrante. On ne saurait en faire l'ablation complète, sans pratiquer une brèche au cartilage tarse lui-même. J'admets volontiers que cet accident n'a pas une grande importance. Dupuytren [1] rapporte avoir constaté, à la suite de l'ablation d'une tumeur de ce genre, une perforation de la paupière, de façon que la malade pouvait voir par cette ouverture. Ceci accuse une négligence impardonnable de la part de l'opérateur, car il est facile de réunir par la suture les lèvres de la plaie et d'obtenir une adhésion prompte. Le fait suivant témoigne de la vérité de cette assertion.

Obs. VI. *Petit kyste méïbomien de la paupière supérieure gauche. — Ablation de la tumeur avec une portion du cartilage tarse. — Réunion de la plaie. — Guérison sans difformité.* — M. le docteur Thierry Mieg, de Paris, nous raconte qu'il y a environ dix-huit mois il s'est formé, sans cause connue, une tumeur d'environ 2 millimètres de diamètre, à la paupière supérieure gauche, près du bord palpébral. Dans la crainte qu'elle n'augmentât beaucoup de volume, il pria un confrère d'y pratiquer une ponction avec une lancette. Il en sortit quelques gouttes de liquide. Néanmoins, la production morbide apparut de nouveau, et voici quels en étaient les caractères le 19 septembre 1860 :

La tumeur occupe la partie moyenne de la paupière supérieure gauche, vers le bord libre; elle a le volume environ d'un gros pois ; elle est bien circonscrite, rénitente, élastique et même fluctuante. La peau qui la recouvre n'est pas adhérente. Absence de douleur, pas de gêne, difformité appréciable.

Le patient étant assis sur un petit tabouret, j'embrasse la tumeur avec l'anneau de la pince compressive des paupières, la plaque de l'instrument étant placée sur la face conjonctivale. Une incision transversale est pratiquée sur la face cutanée de la tumeur ; elle intéresse les tissus, couche par couche, jusqu'au cartilage tarse. Avec une pince à griffes, je saisis la petite tumeur et je cherche à la séparer par dissection des parties subjacentes. Dans le cours de ces manœuvres, il s'écoule quelques gouttes d'un liquide muqueux. Tout en continuant à couper les tissus couche par couche, je finis par diviser le cartilage tarse, dont je suis obligé d'enlever une petite portion pour extirper la tumeur tout entière.

La tumeur divisée avec un bistouri laisse écouler quelques gouttes d'un liquide épais et muqueux. La coupe de la petite portion de cartilage tarse enlevée montre les follicules de Méïbomius distendus en certains points par du mucus.

---

[1] *Leçons orales*, 2e édit., t. III, p. 377.

Les lèvres de la plaie sont réunies par deux points de suture entortillée (*compresse d'eau froide à demeure sur la paupière*).

Le 20 septembre, je retire les deux épingles, en laissant les fils. Il y a une ecchymose de la paupière. Le 21, j'enlève les fils; la plaie paraît en grande partie réunie. L'opéré soulève très-bien la paupière supérieure. Le 23, la réunion est parfaite, le bord libre de la paupière est toujours tuméfié. Le 30, je constate, en renversant la paupière supérieure, que la perte de substance du cartilage tarse est comblée par une cicatrice linéaire. La conjonctive palpébrale est injectée. La paupière supérieure n'a subi aucune déformation; vers le bord libre, il existe toujours un peu de gonflement et de rougeur.

Comme on le voit, les résultats ont été satisfaisants, aussi bien dans ce cas que dans l'observation n° 4; la brèche faite au cartilage tarse s'est comblée promptement. En serait-il de même dans tous les cas, et n'aurait-on pas à redouter une difformité consécutive de la paupière, et pour le moins un entropion, si le kyste était volumineux, ou s'il en existait plusieurs dans la même paupière? Que fût-il advenu, par exemple, chez le sujet de l'observation suivante, si on avait suivi cette méthode? Un raccourcissement considérable de la paupière supérieure, une déviation du bord libre de ce voile.

Obs. VII. *Kystes méïbomiens de la paupière supérieure. — Incision conjonctivale du plus volumineux avec cautérisation de la poche.* — Le nommé Gaidon, âgé de quarante-cinq ans, marchand de vins, se présente à ma clinique, le 26 décembre dernier. Il dit être malade depuis trois mois seulement, sans cause appréciable; à cette époque, la paupière supérieure droite a rougi.

Aujourd'hui, cette paupière, considérablement tuméfiée, présente deux bosselures bien distinctes : l'une, au milieu, d'un volume équivalent au moins à celui d'une noisette; l'autre, rapprochée de la commissure externe, du volume d'un gros pois. La bosselure du milieu, saisie entre l'index appliqué sur la face cutanée et le pouce appliqué sur la face muqueuse de la paupière, est fluctuante. La bosselure externe est plus dure. La peau qui recouvre ces deux saillies est sans aucune adhérence avec elles. Le bord libre de la paupière supérieure est un peu renversé en dedans, légèrement coloré en rouge. La muqueuse palpébrale est à peine injectée. Le patient relève beaucoup moins la paupière supérieure droite que la gauche, qui offre, vers le bord libre, de la rougeur accompagnée d'une desquamation, et une induration mal circonscrite vers la partie externe.

Séance tenante, je pratique l'opération suivante: la paupière ayant été renversée en dehors, la tumeur médiane est circonscrite dans l'aire de la pince-anneau. J'incise transversalement la face conjonctivale. Il s'écoule un liquide blanc jaunâtre entremêlé de quelques mucosités. La face interne du kyste est cautérisée, dans toute son étendue, avec un crayon de nitrate d'argent; une injection d'eau

salée est faite immédiatement après (*compresse imbibée d'eau froide sur la paupière*).

Le 29 décembre, il n'y a pas la moindre injection de la conjonctive scléroticale; la plaie de la face interne de la paupière est en bon état.

L'incision du kyste, soit par la face cutanée, soit par la face conjonctivale suivie de la cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent, comme le proposent Demours, Wenzel, Dupuytren, Velpeau [1], est une méthode préférable aux précédentes. En agissant par la face conjonctivale, la douleur est moins vive que par la peau, l'hémorragie incomparablement moins abondante, l'opération plus courte, parce qu'on est plus rapproché des parois du kyste; on évite, enfin, toute cicatrice apparente. On a reproché à ce procédé, en ce qui touche la cautérisation de la face interne du kyste avec le crayon de nitrate d'argent, d'exposer la cornée à être entamée par l'agent destructeur. Rien de plus facile que de se mettre à l'abri d'un pareil accident, en pratiquant, immédiatement après la cautérisation, une injection d'eau salée sur la plaie. Avec cette précaution, que je n'omets jamais, je n'ai pas eu jusqu'ici à observer la plus petite vulnération de la cornée; c'est à peine si la conjonctive elle-même s'injecte dans les quelques jours qui suivent l'opération.

Cette méthode est rationnelle et basée sur la nature même des kystes méïbomiens. Ces kystes appartiennent à la classe des kystes *muqueux*. Pour obtenir la guérison de ces derniers, il faut transformer la membrane de nature *muqueuse* qui les tapisse, en membrane granuleuse, ou des bourgeons charnus. On arrive à ce résultat, en modifiant la vitalité de la membrane, en l'enflammant, et c'est précisément ce résultat que donne la cautérisation de la face interne de la poche.

Si on suit, jour par jour, les sujets opérés par ce procédé, on reconnaît que les choses se passent précisément de cette façon. La paupière se tuméfie légèrement; à l'endroit même où l'incision a été faite sur la conjonctive existe une exsudation blanchâtre qui diminue peu à peu d'étendue et finit par disparaître; la conjonctive palpébrale correspondante s'injecte fortement, mais cette injection diminue de jour en jour. Après avoir subi un certain accroissement, la tumeur s'amoindrit, et, au bout de quelques semaines, elle est réduite à un noyau d'un volume insignifiant, qu'on ne peut décou-

---

[1] *Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie*; 30 mars 1834.

vrir qu'en embrassant la paupière avec deux doigts appliqués l'un sur la face cutanée, l'autre sur la face muqueuse.

Procédé opératoire. Le malade est assis sur une chaise basse, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide ; si le sujet est pusillanime, il est préférable de le mettre dans une position horizontale, pour prévenir une syncope. La paupière est renversée de bas en haut, si c'est la supérieure ; de haut en bas, si c'est l'inférieure, après avoir au préalable embrassé la tumeur dans la pince-anneau, dont la plaque est appliquée sur la face cutanée et l'anneau sur la face conjonctivale du voile. Au moyen d'un bistouri pourvu d'une petite lame, on incise transversalement la paroi conjonctivale du kyste. On introduit une curette dans l'intérieur de la poche, pour en évacuer tout le contenu, dont la consistance est généralement assez visqueuse pour que cette matière ne s'échappe spontanément qu'en partie. Un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe est promené sur toute la face interne du kyste ; dès qu'on a retiré l'agent caustique, un aide pratique avec une seringue une injection d'eau salée sur la plaie, puis le chirurgien lui-même exprime une éponge imbibée d'eau, plusieurs fois, sur la face interne de la paupière. Alors seulement la pince-anneau est desserrée et la paupière rendue à sa situation normale.

Le pansement consiste à appliquer, pendant les deux premiers jours, une compresse imbibée d'eau froide sur les paupières ; et, les jours suivants, à pratiquer des lotions avec de l'eau blanche. Aux faits déjà rapportés antérieurement, sur l'application de cette méthode, j'ajouterai les suivants :

Obs. VIII. *Kyste méïbomien de la paupière inférieure droite. — Incision de la face conjonctivale de la tumeur, puis cautérisation. — Guérison.* — La demoiselle N***, âgée de trente-huit ans, s'est aperçue, il y a seize mois, de l'existence d'une grosseur, du volume d'une tête d'épingle, à la paupière inférieure droite. La tumeur a augmenté peu à peu. Un an après, il s'en forme une nouvelle, un peu en dehors de la première. Il y a six semaines, développement d'une autre petite tumeur à la paupière supérieure droite.

Le 30 septembre dernier, je constate, à la paupière inférieure droite, sur la moitié externe, l'existence d'une tumeur qui semble formée de deux portions séparées par une partie étranglée, bien circonscrites, sans adhérence ni altération de la peau. A la paupière supérieure droite, vers le milieu, se voit une petite saillie, rendue plus apparente lorsqu'on renverse la paupière en dehors.

Avec l'assistance de M. le docteur Lesaulnier, médecin de la patiente, je pratique l'opération suivante : la tumeur ayant été embrassée par la pince-anneau, je renverse la paupière inférieure en

dehors. La tumeur soulève la conjonctive palpébrale, qui est fendue dans ce point, dans le sens du grand diamètre de la paupière; il en sort un liquide glaireux et des mucosités épaisses. Je cautérise fortement la cavité du kyste avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe; après quoi, on dirige immédiatement sur la partie cautérisée un courant d'eau salée, au moyen d'une seringue (*compresse d'eau froide sur la paupière*).

Le lendemain, il existe un peu de tuméfaction de la paupière inférieure droite; une injection modérée de la conjonctive scléroticale; une exsudation blanche grisâtre à la face interne de la paupière inférieure, au niveau de la partie cautérisée.

Le 4 octobre, la tuméfaction de la paupière a notablement diminué; l'exsudation blanche grisâtre a diminué d'étendue. Le 8, la plaie de la face interne de la paupière est cicatrisée; la conjonctive palbébrale demeure fortement injectée; la scléroticale ne l'est nullement. Le 29, toute tuméfaction a disparu; il reste, à la place occupée primitivement par la tumeur, un épaississement des tissus; mais il est facile de s'assurer, en saisissant la paupière entre deux doigts, qu'il n'existe aucun produit de nouvelle formation dans les tissus de la paupière.

Le fait suivant a la plus grande ressemblance avec le précédent.

Obs. IX. *Kyste méïbomien de la paupière inférieure droite. — Incision par la face conjonctivale avec cautérisation du kyste. — Guérison.* — La demoiselle A***, trente-deux ans, lingère, est affectée à la paupière inférieure droite, près de la commissure externe, d'une tumeur du volume d'une petite amande de noisette, proéminant en avant, proéminant à peine du côté de la conjonctiv, alors même que la paupière a été renversée de haut en bas, mais facile alors à sentir et à délimiter avec le doigt.

Le 9 décembre dernier, après avoir renversé la paupière et avoir fixé la tumeur dans la pince-anneau, j'incise la paroi conjonctivale du kyste; j'en évacue le contenu, et j'en cautérise la face interne avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. Une injection d'eau salée est faite immédiatement après sur la plaie.

Le 12, la paupière inférieure est tuméfiée, dans la moitié externe de son étendue; à l'endroit correspondant à l'incision se voit une exsudation blanchâtre. Il n'y a pas d'injection de la conjonctive oculaire.

Le 16, la tuméfaction est circonscrite à la partie externe de la paupière inférieure; l'exsudation blanchâtre s'est amoindrie; l'injection palpébrale a diminué.

Le 26, il reste encore de la tuméfaction sur la portion de paupière occupée primitivement par la tumeur. Le 9 janvier, cette tuméfaction est moins prononcée. Enfin le 30, il reste à la place occupée par le kyste un engorgement insignifiant; la muqueuse correspondante est un peu injectée.

Ainsi que je l'ai déjà fait remarquer précédemment, le procédé opératoire, auquel je donne la préférence, ne donne pas un résultat immédiat.

Il est bon de prévenir les malades de cette circonstance, car ils s'inquiètent beaucoup de sentir, pendant plusieurs semaines, un noyau d'engorgement. La plupart d'entre eux se désolent de ce que la tumeur ne disparaît pas plus promptement ; ils se représentent souvent au chirurgien, pendant quelque temps, pour manifester leurs craintes. Au bout de six semaines à deux mois, on ne les revoit plus, ils sont guéris, et, lorsqu'on les retrouve plus ou moins longtemps après, on constate les résultats heureux donnés par l'opération. Tel est le cas suivant :

Obs. X. Le 5 août 1861, j'ai opéré à ma clinique, par le procédé de l'incision conjonctivale combinée avec la cautérisation de la poche, la dame J***, âgée de vingt-huit ans, giletière. Elle était affectée d'une tumeur du volume d'un pois, située à l'extrémité interne de la paupière supérieure gauche. J'ai revu la malade, le 23 janvier 1862, près de six mois après l'opération. Il restait, à la place occupée par la tumeur, un petit noyau dur du volume d'une petite tête d'épingle. A l'endroit correspondant, la conjonctive palpébrale était légèrement injectée. Il est impossible d'apercevoir à l'extérieur de la paupière la moindre petite saillie ; ce n'est qu'en tirant la peau de la paupière fortement en dehors et en la tendant qu'on sent ce petit noyau.

Obs. XI. Le 19 juillet dernier, j'ai encore opéré par le même procédé la dame B***, âgée de vingt-six ans, atteinte d'un kyste méïbomien de la paupière inférieure droite. Les résultats ont été conformes aux précédents.

Obs. XII. Enfin, le 1er février dernier, la même opération a été faite pour un kyste méïbomien de la paupière supérieure gauche, chez une jeune personne de vingt-deux ans, dans la clientèle de M. le docteur Lhuillier. La tumeur présentait le volume d'un pois. On avait essayé inutilement les topiques fondants. « Aujourd'hui, m'écrit M. Lhuillier, à la date du 27 février, lorsqu'on examine les paupières des deux côtés, il serait difficile de reconnaître celle qui a été opérée ; toute bosselure a disparu ; le doigt lui-même ne perçoit rien dans l'épaisseur des tissus. »

Conclusions. 1° Les tumeurs des paupières désignées par les noms de *chalazion, chalazeon, chalaze, hordeolum, gresle, grain de grêle, grêlon, crithe, grain d'orge, orgueil, orgeolet, periosis, loupes, tumeurs cystiques,* sont des kystes développés aux dépens des éléments folliculaires des paupières.

2° Tous ces kystes, eu égard à leur point d'origine, peuvent être divisés en trois classes : les kystes sébacés cutanés ; les kystes sébacés sous-musculaires et les kystes méïbomiens ; ces derniers développés aux dépens des follicules de Méïbomius, situés par conséquent dans l'épaisseur du cartilage tarse.

3° Le meilleur traitement applicable aux kystes sébacés cutanés est l'incision, suivie de l'arrachement du kyste ou de la cautérisation de la face interne de la poche. Pour les kystes sébacés sous-musculaires, l'extirpation est préférable. Pour les kystes méïbomiens, c'est l'incision de la tumeur par la face conjonctivale, suivie d'une cautérisation de la face interne avec un crayon de nitrate d'argent.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Remarques sur le sous-nitrate de bismuth.

Dans un intéressant article consacré à signaler les imperfections du Codex, M. Ferrand (de Lyon) s'exprime de la manière suivante sur le bismuth :

Les prescriptions du Codex relatives au *bismuth* pur et à son *sous-nitrate* ne mettent nullement à l'abri des impuretés les plus fâcheuses. Ainsi, se rappelant surtout de combien a changé la posologie de ce dernier médicament, dont les doses anciennes sont présentement centuplées, on doit trouver plus regrettable encore la note du livre officiel, se terminant par ces mots : « Ainsi obtenu, le métal n'est pas chimiquement pur ; on peut néanmoins l'employer en cet état pour les préparations pharmaceutiques. » Or, ce métal contient souvent de l'argent, et plus fréquemment de l'arsenic. (J'ai rencontré des sous-nitrates qui retenaient $\frac{1}{1000}$ d'arsenic dosé à l'état métallique, et par conséquent une plus forte proportion d'acide arsenical ; j'y ai trouvé l'argent à l'état de chlorure, qui rend le sous-nitrate et ses produits très-colorables par la lumière.) Les dissolutions acides conservent donc, par précipitation avec l'eau ordinaire, du chlorure d'argent, et des arsénites ou arséniates de bismuth que les lavages aqueux les plus multipliés n'enlèvent pas. Les magisters de bismuth du commerce sont faits quelquefois avec une forte proportion d'acide chlorhydrique, qui est beaucoup plus économique, et l'on a du sous-chlorure ou *blanc de perle* au lieu de sous-nitrate ; le métal ne doit donc être admis qu'après essais préalables à l'appareil de Marsch, et la dissolution précipitée par un chlorure alcalin doit être suivie d'une décantation rigoureusement observée ; la précipitation par l'eau doit être faite d'abord dans le grès, et non dans les réservoirs de plomb, comme cela se pratique dans quelques usines. La proportion d'eau peut être réduite de 20 pour 100 ; enfin

le dépôt ne doit pas être abandonné à lui-même sous l'eau, si l'on veut obtenir ultérieurement une poudre plus fine, plus divisée, et non un précipité grenu, lourd et cristallin.

Mode de préparation d'un iodure de soufre soluble : composé nouveau.

L'iodure de soufre soluble que propose M. Cailletet, pharmacien à Charleville, est un composé nouveau, un iodure de soufre et de sodium, qui s'obtient en chauffant dans une capsule de porcelaine.

Monosulfure de sodium....................	5 parties.
Iode....................................	4,75 parties.

L'iode se dissout : on agite avec une baguette de verre, pour faciliter l'évaporation de l'eau; quand il s'est formé une pellicule épaisse, on retire la capsule du feu, on laisse refroidir et on conserve l'iodure dans un flacon bien bouché.

Le sel ainsi obtenu est verdâtre, hygrométrique, par conséquent, très-soluble dans l'eau. Il est moins soluble dans l'alcool concentré, et encore moins dans l'éther. Les huiles grasses, et principalement les huiles rances, l'huile de foie de morue, etc., le dissolvent également, cette dernière avec production d'acide sulfhydrique.

M. Cailletet pense que ce sel jouissant de propriétés chimiques spéciales et pouvant, dans une infinité de cas, être administré à l'intérieur comme à l'extérieur , pourrait être utilement employé en thérapeutique. Son premier usage serait, sans doute, de remplacer avec avantage l'iodure de soufre des pharmacies, que son instabilité a fait abandonner à peu près complétement.

Formule d'un emplâtre à la pierre calaminaire (carbonate de zinc hydraté) pour le traitement des ulcères des jambes.

Quoiqu'on ne puisse répéter avec le docteur Desmalines que les bandelettes de diachylon dans le traitement des ulcères soit souvent, même en temps ordinaire, la cause d'érysipèles, il n'en est pas moins vrai que pendant la durée de certaines constitutions médicales, ce traitement ne doit pas être mis en œuvre. Dans ces circonstances nous préférons recourir à l'usage des compresses d'eau froide. Le chirurgien de l'hôpital militaire d'Anvers a cherché à atteindre le même but, en modifiant la composition de l'emplâtre de manière à le rendre moins irritant. Le résultat de ses recherches a

été un emplâtre à la *pierre calaminaire*. Voici la formule publiée par les archives belges de médecine militaire :

Cire blanche........................	100 grammes.
Emplâtre résineux..................	500 grammes.
Pierre calaminaire (carbonate de zinc hydraté natif)....................	60 grammes.

On fait fondre la cire avec l'emplâtre, puis on ajoute à la masse la pierre calaminaire, et l'on étend ensuite l'emplâtre sur la toile avec le sparadrapier.

Depuis 1854, M. Desmalines n'a plus employé d'autre emplâtre pour le traitement des ulcères, ainsi que pour la réunion des plaies et dans aucun cas, il n'a, assure-t-il, rencontré aucune trace d'érysipèle, ni d'érythème, ni d'irritation de la peau. Il serait à désirer que ce résultat fût confirmé par de nouvelles expériences.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Etude thérapeutique de l'huile de croton tiglium : réclamation.

Dans un article publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. LXI, p. 385 et 441, un de vos collaborateurs a écrit : « Des travaux tentés, pendant ces trente dernières années, sur l'huile de croton tiglium, il n'est rien sorti de neuf, et l'état de nos connaissances actuelles n'est guère plus avancé qu'en 1833, » époque à laqulle une thèse inaugurale fit connaître les expériences de M. Andral. Des recherches consciencieuses nous ont permis d'arriver à une toute autre conclusion, et c'est pour constater les progrès de la thérapeutique de cet agent que nous publiâmes notre travail de 1861. Ayant été personnellement mis en cause dans l'article précité, nous avons cru devoir venir réclamer au nom des savants travailleurs qui se sont occupés de l'huile de croton, et nous avons demandé asile dans votre journal pour la rectification. Mais, débordé par l'abondance des matières, et ayant malheureusement pour nous beaucoup de faits nouveaux à signaler, notre réponse a pris la proportion d'un mémoire ; aussi avons-nous compris que la peur de déplaire à vos lecteurs, en ne plaçant sous leurs yeux que des monographies sur l'huile de croton, vous ait fait nous refuser l'insertion de notre travail.

Cependant, comme quelques-uns d'entre eux peuvent désirer être plus suffisamment renseignés sur la question, veuillez, en publiant les conclusions suivantes, leur faire connaître qu'ils trouveront l'ar-

ticle publié intégralement dans *la Médecine contemporaine,* dont le rédacteur en chef, M. Emile Duval, nous a ouvert les colonnes.

Conclusions : A. Répondant d'abord à ceux qui prétendent que rien n'est sorti de neuf des travaux tentés sur l'huile de croton depuis trente ans, nous disons :

1° L'historique montre chaque année apportant un progrès nouveau, et chaque auteur contribuant pour sa part à ajouter à ce que l'on savait avant lui sur les effets thérapeutiques de l'huile de croton.

2° L'étude de son extraction nous permet de prouver que, tandis qu'en 1833, on ne possédait que de l'huile de qualité inférieure et souvent infidèle, faute de procédé convenable de fabrication, nous avons, grâce aux perfectionnements apportés à sa préparation par MM. Dominé, Dublanc, Monier, Soubeiran, etc., trois bons procédés qui se disputent la prééminence pour la qualité de l'huile qu'ils fournissent.

3° L'étude physiologique de l'usage interne faite depuis 1833 nous permet de comparer ce purgatif aux autres évacuants, et de dire qu'il peut à l'occasion les remplacer tous, quoique restant doué d'une action spéciale bien nettement caractérisée ; qu'il leur sera préféré à cause de ses avantages, surtout si l'on considère que ses inconvénients sont, la plupart du temps, moins marqués que ceux des purgatifs avec lesquels on pourrait les mettre en parallèle.

4° L'étude de l'emploi de l'huile de croton à l'intérieur nous permet d'ajouter aux affections *peu nombreuses dans lesquelles, en 1833, on indique son usage comme suivi de résultats certains,* entre autres indications nouvelles, l'hydarthrose et lo rhumatisme goutteux (Nonat).

En outre, on peut maintenant insister sur un point non moins intéressant, celui des contre-indications, ce qu'on ne pouvait faire alors que son étude était moins avancée.

5° L'étude raisonnée et comparée faite [des travaux tentés depuis 1833 sur les effets physiologiques de l'application extérieure de l'huile nous permet de dire qu'elle a sur bien d'autres révulsifs l'avantage de pouvoir se doser et, par conséquent, de pouvoir se substituer à tous ; qu'elle peut remplacer le sinapismo quelquefois, et qu'elle devra toujours être préférée à l'emplâtre stibié, si l'expérience démontre qu'on peut retirer les mêmes résultats heureux de l'un ou de l'autre.

6° L'étude thérapeutique consciencieuse permet de dire que, depuis 1833, le cercle des applications de l'huile à l'intérieur s'est

considérablement élargi, puisque pour notre compte, déjà en 1861, nous notions que depuis l'époque de la thèse de M. Joret :

La pratique médicale générale avait reconnu les succès qu'elle donnait dans la bronchite aiguë, dans la bronchite chronique et subaiguë, dans les cas d'inflammation péripneumonique des tuberculeux, dans la pneumonie des enfants ;

Que M. Nonat avait démontré son efficacité dans les entérites aiguës chroniques et dans l'entéro-colite glaireuse ;

Que M. Huguier indiquait son emploi comme préventif des accidents qui suivent les opérations sur l'utérus ou celles de la cataracte, comme curatif de certaines inflammations de l'utérus et de ses annexes ;

Que, d'après l'article de M. Joret, d'autres confrères, MM. Tessier, Bouchardat, Henriette, etc., ont signalé son application dans les douleurs musculaires, dans la fièvre typhoïde, dans les kystes, la méningite, etc.

Enfin, que depuis 1861 M. Nonat la préconisa dans la dyspepsie par irritation, et que dans la pleurodynie nous l'avons employée avec succès à dose rubéfiante.

Nos lecteurs remarqueront que cette sixième conclusion est celle de l'article que nous attaquons; nous avons, en effet, tenu à faire remarquer la contradiction flagrante qui existe entre ce que l'auteur dit au commencement et les conclusions qu'il inscrit à la fin de son travail.

B. Nos dernières recherches nous permettent d'avancer que la matière médicale et la thérapeutique de l'huile de croton tiglium nous paraissent appelées à prendre de bien grands développements encore, et que pour le moment il ressort des réflexions qui nous ont été suggérées :

1° Qu'il resterait à chercher quelle est la part que peut avoir le transport mécanique pour expliquer, d'un côté les accidents inhérents à la fabrication de l'huile, de l'autre ceux qui surviennent parfois dans son application externe : ainsi, éruptions de la face, des mains, de la verge, du scrotum, de l'anus, ou encore les effets purgatifs. Il serait utile de faire des recherches pour savoir à quoi s'en tenir sur l'*action dynamique* et la *force exanthématogène* dont certains auteurs ont cru devoir la doter ; et, dans le cas où elles existeraient, déterminer dans quelles conditions d'idiosyncrasie, de tempérament, etc., ces effets se produiraient. Ces prédispositions connues, le médecin pourrait les inscrire comme contre-indications de l'usage externe de l'huile de croton.

2° Qu'il resterait à chercher quelle est la nature de la sensation d'ardeur à la gorge et à l'épigastre, dans le cas de l'administration à l'intérieur. Si ce que nous avons indiqué venait à être confirmé, il faudrait trouver une association médicamenteuse qui pût empêcher le développement de cette sensation, sans détruire pourtant l'action du médicament lui-même.

3° Qu'il resterait à chercher si l'ingestion de fortes doses d'huile de croton est toujours aussi innocente que nos expériences nous ont porté à le croire, sans que pourtant nous soyons entièrement convaincu de son innocuité en pareille circonstance.

4° Qu'il resterait à bien déterminer si l'application de l'huile de croton à l'extérieur dans les inflammations péripneumoniques des tuberculeux est bien toujours favorable à la guérison du malade, et, dans le cas contraire, il faudrait poser clairement les indications et les contre-indications de son emploi.

5° Qu'il resterait par la pratique et l'expérience à déterminer quel est le mode le plus avantageux de pansement des applications de l'huile à l'extérieur.

En résumé, et comme conclusion générale : étude constante de la question depuis son introduction; impulsion vigoureuse donnée à cette étude, en 1833, par les travaux de M. Andral; progrès très-grands des questions physiologiques, pharmaceutiques et thérapeutiques, de 1833 jusqu'à nos jours; enfin, travaux plus étendus encore à faire pour que la médication par l'huile de croton soit arrivée à sa perfection et puisse marcher sur le même rang que celle de quelques autres agents privilégiés de notre thérapeutique.

Dr L. MARCHAND.

BIBLIOGRAPHIE.

***Les altitudes de l'Amérique tropicale comparées au niveau des mers, au point de vue de la constitution médicale*, par M. le docteur JORDANET, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Mexico.**

Nous ne savons, mais il nous semble que de l'ordre d'études semblables à celles qui sont esquissées dans le livre de M. le docteur Jordanet doit sortir, si elles sont suivies avec quelque persévérance, de précieux enseignements sur une foule de questions doctrinales en médecine. C'est parce que lui aussi l'a compris de cette façon que notre honorable confrère publie cette esquisse intéressante.

Le médecin distingué qui, le premier parmi nous, a compris dans

son sens le plus largement compréhensible la géographie médicale, M. le docteur Boudin, a peut-être quelque peu exagéré ce qu'il y a de profondément vrai dans sa conception générale ; c'est que ce médecin, hardi généralisateur, n'avait sous la main qu'un nombre trop restreint d'observations pour conclure d'une façon aussi magistrale qu'il l'a fait. Toutefois, s'il ne l'a pas atteint, il a nettement marqué le but, et quand des médecins plus modestes, et légitimement plus modestes, comme notre honorable confrère M. Jordanet, se trouvent placés dans des conditions favorables aux observations dont il s'agit, ils ont un phare pour les diriger, ils savent où ils vont. La part que s'est réservée M. le docteur Jordanet, ou plutôt qui lui est échue dans cette importante construction scientifique, c'est surtout l'influence des altitudes de l'Amérique méridionale (nous répétons les expressions presque de l'auteur, bien qu'elles ne nous paraissent pas très-correctes) sur la vie morbide.

Nous ne dirons rien de la première partie de l'ouvrage de M. Jordanet, et parce qu'elle est exclusivement consacrée à la géographie proprement dite, et parce que, dans ce qui a trait à la météorologie, l'auteur n'a point à citer les résultats d'une expérience propre. La seconde partie, presque complétement consacrée à la pathologie comparée, pathologie humaine, bien entendu, nous intéresse davantage ; nous signalerons les faits les plus saillants qui ressortissent de cette étude.

M. Jordanet paraît avoir séjourné plus ou moins de temps sur les divers points de la vaste région que son étude embrasse : c'est ainsi qu'il a pu observer la marche de la phthisie pulmonaire, et dans les pays où se rencontrent à l'état endémique des fièvres intermittentes, et dans les régions élevées où le miasme paludéen ne trouve point les conditions nécessaires à son développement, et qui lui deviennent même une barrière qu'il ne franchit jamais ; or, il résulte de son observation sur ce point intéressant de pathologie, que là où le marématisme se rencontre, la tuberculose ne se montre que comme une rare exception ; ceci viendrait, comme on le voit, confirmer la doctrine de l'antagonisme entre ces deux maladies formulée par le médecin distingué dont nous parlions il n'y a qu'un instant. Nous doutons, avec M. Michel Lévy, de la vérité de cette loi ; mais, comme cette question inrésolue est toujours posée, nous avons dû signaler les résultats de l'expérience propre de M. Jordanet à cet égard, c'est un nouveau document à classer dans les annales de la science.

Un second fait relatif à la phthisie pulmonaire, que nous trouvons également dans le livre de M. Jordanet, c'est l'influence heureuse

de l'altitude sur cette maladie. Si dans cette observation l'auteur peut s'appuyer sur plus d'une autorité, et si cette remarque enlève à son observation toute originalité, il n'en est plus de même des idées doctrinales qu'il exprime pour expliquer la cause de l'immunité qu'il signale. Dans sa pensée, la tuberculose pulmonaire se lie entièrement à l'activité de l'hématose, et c'est parce que dans les hautes régions de l'atmosphère l'air, plus raréfié, contenant moins d'oxygène, réduit cette activité à son minimum d'intensité, que la germination tuberculeuse au sein du parenchyme pulmonaire, si elle existe, rétrograde ; si elle n'a pas commencé, ne saurait le développer. Ceci est simple : mais n'est-ce pas trop simple ? Qu'on me permette de me contenter d'en poser la question.

Une observation au moins aussi intéressante que celles qui précèdent et certainement plus originale, c'est celle qui a trait à une influence spéciale de l'air raréfié des altitudes dans l'Amérique tropicale, sur les centres nerveux ; M. Jordanet traduit l'effet de cette influence sous le nom de vertige aigu, et fait dériver ce trouble fonctionnel de ce qu'il appelle la cérébro-anémie. Ce désordre d'innervation, qui a été étudié d'une manière particulière dans ces derniers temps, se lie souvent, en effet, dans nos climats mêmes, et dans tous les climats sans doute, à l'altération spéciale du sang que d'un mot l'on appelle chloro-anémie : mais ce n'est point, comme on le sait, un défaut d'oxygénation du liquide sanguin qui produit cette altération, principe essentiel de la maladie, mais bien une insuffisance globulaire, et la diminution d'un élément coefficient de ce liquide, le fer. La respiration continue d'un air qui ne contient pas la quantité d'oxygène normale suffirait-elle à réaliser l'ensemble des altérations du sang, qui chimiquement constituent l'anémie, et par suite entraîne le trouble fonctionnel dont nous nous occupons en ce moment ? C'est là une question qui domine les idées émises à cet égard par M. le docteur Jordanet, et que nous aurions voulu lui voir aborder d'une manière plus expresse. Dans tous les cas, l'auteur cite, à propos de la maladie qu'il décrit, quelques observations fort intéressantes et qui méritent d'être méditées.

Si l'espace nous le permettait, nous aurions encore à signaler dans le livre sur lequel nous appelons l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*, un bon nombre d'observations intéressantes relatives à l'ifluence des altitudes sur des névroses diverses, sur la syphilis, le cancer, etc., etc. Nous nous contenterons de renvoyer à l'ouvrage les lecteurs curieux de connaître les résultats de l'expérience de M. Jordanet sur ces points intéressants de pathologie.

L'auteur, qui depuis longues années avait quitté l'Europe, n'y a peut-être pas suivi d'assez près la marche de la science à laquelle il paye aujourd'hui son tribut d'observation ; qu'il se mette au niveau de ce progrès, ce qui lui sera excessivement facile, qu'il reprenne son travail à ce nouveau point de vue ; et ce qu'il n'a osé nous donner qu'en esquisse, il nous le donnera en un tableau plus complet, et la science se sera enrichie d'un travail important.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Recherches cliniques sur la valeur de l'expectation dans le traitement de la pneumonie chez les enfants. — M. le docteur Barthez vient d'adresser à l'Académie de médecine un important mémoire de thérapeutique. Voici le résumé que nous transmet le savant médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

En déposant sur le bureau de l'Académie un travail sur les résultats du traitement de la pneumonie dans mon service d'hôpital, pendant un intervalle de plus de sept années, j'ai eu pour but d'apporter quelques preuves à l'appui d'une opinion qui commence à se répandre dans le public médical et qui se trouve résumée dans la phrase suivante de notre regretté confrère Legendre : « La pneumonie franche, se développant accidentellement au milieu d'une bonne santé, est, au moins chez les enfants, une maladie qui se termine habituellement, pour ne pas dire toujours, d'une manière favorable. »

Cette bénignité de la pneumonie franche, que nous avions déjà signalée, Rilliet et moi, dans notre *Traité des maladies des enfants*, et à propos de laquelle nous avions, Legendre et moi, plus d'une fois échangé nos idées, nous avait conduits tous trois à abandonner la pneumonie à sa marche naturelle chez un bon nombre de malades. Nous espérions ainsi obtenir la guérison aussi sûrement que par un traitement actif.

Le résultat a confirmé nos espérances, et nous avons vu la pneumonie se résoudre, quelle que fût sa gravité apparente et quel que fût le traitement employé, et même sans traitement, c'est-à-dire sous l'influence d'une hygiène convenable, que n'aidait aucun traitement actif.

La vérité de cette assertion frappera tout le monde, si je dis que, depuis le mois d'août 1854 jusqu'au mois de juin 1861, c'est-à-dire pendant plus de sept ans, j'ai eu à traiter dans mon service

d'hôpital 212 enfants atteints de pneumonie franche, sur lesquels je compte *deux* cas seulement de mort par le fait de la pneumonie, qui alors occupait les deux poumons, et surtout si j'ajoute que sur ce nombre de malades il en est jusqu'à la moitié qui n'ont été soumis à aucune espèce de traitement ; que pour bon nombre d'autres la thérapeutique a consisté en une médication fort peu active, telle qu'un purgatif, un vomitif ou un bain ; qu'enfin un sixième à peine des malades a été soumis à un traitement ayant quelque activité.

A ce nombre déjà considérable je puis joindre celui assez grand des enfants que j'ai traités en ville depuis la même époque ; de sorte que je me crois en droit d'affirmer que mon assertion sur la bénignité de la pneumonie franche et non compliquée reste vraie, pour l'enfance, en tant qu'il s'agit de la ville de Paris, et quels que soient le siége et l'étendue du mal, quelles que soient les saisons et les années, quelle que soit la médication employée, active, insignifiante ou absolument nulle.

Toutefois je fais une réserve pour la pneumonie double, la seule que j'ai vue se terminer par la mort et dans la proportion de 2 sur 13.

En présence d'un pareil résultat, qui aujourd'hui encore pourrait soulever plus d'un doute, il est nécessaire de préciser les termes de la question.

Et d'abord les malades sur lesquels porte encore mon travail sont âgés de 2 à 15 ans. Avant cette époque de la vie, l'hépatisation franche guérit encore le plus habituellement, même lorsqu'elle est très-étendue ; mais je l'ai vue aussi se terminer par la mort. Après 15 ans et jusqu'à 20, je crois encore la guérison constante, si je consulte mes souvenirs. Mais, je le répète, les observations que je soumets à l'Académie n'ont trait qu'à des enfants âgés de 2 à 15 ans.

D'autre part, la pneumonie que j'ai en vue ne comprend pas toutes les espèces de phlegmasies du poumon. Comme la peau, comme les membranes muqueuses, le tissu pulmonaire est passible de phlegmasies très-différentes, soit au point de vue de leur cause et de la lésion anatomique.

Je veux parler de l'hépatisation lobaire primitive connue sous le nom de *pneumonie franche*.

Par conséquent, il n'est pas question de cette maladie fréquente et grave de l'enfance à laquelle on a donné le nom de pneumonie lobulaire, disséminée ou généralisée, de pneumonie pseudo-lobulaire,

de broncho-pneumonie, de pneumonie catarrhale. Comme l'a dit M. Legendre, cette pneumonie n'est pas une hépatisation, mais une phlegmasie d'une espèce différente, occupant un siége différent. Si quelquefois on constate, au milieu de ce tissu enflammé, des noyaux d'hépatisation réelle, ils sont lobulaires et rares, et ne constituent ni le fond ni la partie importante de la lésion anatomique. Le diagnostic est quelquefois difficile entre cette maladie et la pneumonie franche; mais cette difficulté ne saurait entraîner la confusion entre deux maladies que l'on a séparées à si juste titre.

Il n'est pas question davantage des congestions lobaires qui surviennent pendant le cours des fièvres graves, éliminées avec raison du nombre des phlegmasies franches.

Je laisse aussi de côté les hépatisations lobaires secondaires, c'est-à-dire survenues pendant le cours d'une maladie bien déterminée, et notamment de la tuberculisation. Il n'est pas rare, à la vérité, de voir les pneumonies guérir spontanément, comme la pneumonie primitive; mais aussi la gravité de la maladie antérieure ou concomitante entraîne, dans bien des cas, une terminaison funeste.

Il n'est pas toujours facile, surtout dans l'enfance, de déterminer, au début d'une pneumonie, si elle est tuberculeuse. Plus tard, lorsque la marche de la phlegmasie révèle ou fait soupçonner sa nature, on peut se demander si l'expectation ou si le mode de traitement ne sont pas quelque chose dans la formation du tubercule, qui peut-être n'existait pas au début du mal. Cette question ne doit pas être négligée. Je constate seulement que ces cas douteux sont rares et que je les ai éliminés du nombre de ceux qui figurent dans ce travail.

Ainsi limitée, l'hépatisation lobaire primitive n'a sans doute pas encore une origine unique, ou, si l'on veut, n'est pas encore l'expression d'une maladie parfaitement déterminée et toujours identique à elle-même. Je me range volontiers parmi les médecins qui pensent que la phlegmasie des organes est la conséquence d'états morbides généraux préexistants, et qu'elle emprunte d'habitude à ces causes diverses une physionomie qui peut servir à révéler son origine. Bien que cela soit moins évident et moins connu pour l'hépatisation lobulaire que pour d'autres phlegmasies, je puis rappeler que plusieurs praticiens se sont efforcés de séparer des pneumonies franches ou inflammatoires celles qui peuvent être attribuées au rhumatisme, ou bien celles qui s'accompagnent d'un état typhoïde ou bilieux; celles encore qui compliquent la fièvre syno-

que ; j'y joindrai même volontiers une pneumonie plus lente que les autres dans sa marche et que je rattacherai à la scrofule.

Mais en me plaçant au point de vue de la curabilité, ces distinctions de nature prennent une importance secondaire. Toutes ces pneumonies confondues en une seule par beaucoup de médecins, sous le nom de pneumonie franche, inflammatoire primitive, se confondent aussi dans l'enfance sous le rapport de leur terminaison ; elles guérissent toutes. Si leur nature leur imprime des différences, c'est plutôt dans leur marche, dans leur durée, dans les symptômes concomitants qu'il faut les chercher, que dans leur terminaison. Or, c'est là justement ce qui ressort de la pneumonie, lorsque l'expectation démontre quelles sont ses allures naturelles. On peut constater ainsi que bien des différences de marche et de durée, attribuées d'ordinaire au traitement, sont beaucoup plutôt la conséquence soit de la cause méconnue de la phlegmasie, soit de circonstances tout autres que celles créées par la thérapeutique.

Mais, laissant de côté cette partie de l'histoire de la pneumonie qui exigerait un travail tout spécial, je me suis contenté dans le présent mémoire de rechercher la durée de période de croissance, de déclin et de convalescence de cette maladie, et l'influence exercée sur ces périodes naturelles par un traitement actif ou insignifiant, et aussi par le siége du mal au sommet et à la base ou dans les deux poumons.

Voici le résumé de ce que j'ai constaté à cet égard :

Abandonnée à elle-même, la pneumonie commence à se résoudre du sixième au huitième jour de son début, et surtout le septième, dans la très-grande majorité des cas, au moins dans la moitié. Chez bon nombre d'enfants, la durée de la période croissante est naturellement plus courte, et la résolution peut commencer dès le cinquième ou le quatrième jour, c'est-à-dire une fois sur trois ou quatre; tandis qu'il est plus rare qu'elle survienne après le huitième jour révolu, c'est-à-dire une fois sur cinq.

Un traitement à peu près insignifiant ne détermine aucun changement dans ces proportions. Si les chiffres que j'apporte étaient plus nombreux, je dirais qu'un traitement actif, même lorsqu'il est institué dans les deux premiers jours de la maladie, diminue la proportion des cas dans lesquels la résolution débute avant le sixième jour.

Peut-être ce traitement, que j'appelle actif, sera-t-il accusé de ne l'avoir pas été assez. Je me suis, en effet, borné le plus souvent à pratiquer un petit nombre d'émissions sanguines suivies ou non de

l'administration d'un vomitif. Les émissions sanguines, employées coup sur coup, eussent peut-être mieux réussi.

Outre la notoriété bien connue de cette médication, une circonstance pouvait m'engager à la mettre en usage. Une première émission sanguine détermine quelquefois une rémission des symptômes pour plusieurs heures, après lesquelles le mal reprend sa marche ascendante. Une seconde saignée, pratiquée dans ces conditions, peut encore déterminer un effet favorable momentané. De là à rapprocher et à multiplier les secousses thérapeutiques, il n'y a qu'un pas : c'est adopter la formule des saignées coup sur coup.

En présence de la bénignité de la maladie, un traitement aussi actif m'a paru en général contre-indiqué. Il l'était d'autant plus que j'avais remarqué que plusieurs enfants soumis aux émissions sanguines restaient plus que d'autres pâles et amaigris pendant toute la durée d'une longue convalescence.

Cependant, chez les malades seulement, j'ai cru pouvoir appliquer cette formule ; et la résolution de la phlegmasie a débuté le cinquième, le sixième, le septième et le dixième jour.

La résolution une fois commencée, la maladie met en général peu de temps à se terminer. Un jour quelquefois suffit à ce travail, dont la rapidité excite toujours alors la surprise. Ordinairement, la période de déclin s'accomplit entre deux et six jours, rarement entre sept et dix ; plus rarement encore il faut plus de dix jours.

Cette durée naturelle de la période de déclin n'est pas sensiblement modifiée par le traitement ; mais si celui-ci détermine une modification, elle n'est pas en faveur des malades activement traités.

La différence devient très-sensible si, au lieu d'étudier séparément chaque période, je recherche quelle est celle de la pneumonie, comptée du début au premier jour de la convalescence. Abandonnée à elle-même, cette phlegmasie se termine assez souvent en dix jours, habituellement en moins de quinze ; assez rarement elle dépasse ce terme. La proportion est presque retournée lorsque les enfants ont été soumis à une médication active.

Il en est ainsi pour les pneumonies unilatérales. Les pneumonies doubles, traitées ou non, exigent presque toutes plus de quinze jours pour arriver à leur terme.

Passant maintenant à l'étude de la durée de la convalescence, je trouve que l'avantage reste encore très-évidemment à l'expectation et au traitement très-peu actif. Ici, il est vrai, les chiffres ont moins de précision, parce qu'il peut facilement exister un doute sur la limite extrême de la convalescence. A l'hôpital surtout, elle est diffi-

cile à établir, parce qu'un certain nombre de parents reprennent leurs enfants plus tôt que nous ne le voudrions, tandis que d'autres nous les laissent beaucoup plus longtemps qu'il ne faudrait. Je juge donc la question approximativement, mais de la même façon pour les trois catégories de malades.

Chez les enfants qui n'ont pas été traités, la durée de la convalescence n'a jamais dépassé quinze jours ; et, chez le plus grand nombre, il n'a pas fallu moins de cinq jours pour qu'elle s'accomplisse. Il en est à peu près de même lorsque le traitement a été peu actif. Mais, dès que les enfants ont été soumis à une thérapeutique un peu énergique, et surtout lorsque les émissions sanguines ont été employées, la durée de la convalescence s'est allongée. C'est à peu près exclusivement dans cette dernière catégorie de malades, et surtout lorsque la saignée a été pratiquée dès le début, que je rencontre des enfants restés convalescents pendant une période de quinze à trente jours.

Les différences que je viens de signaler dans la marche de la pneumonie ne sont qu'imparfaitement liées au siége de la maladie. Cependant, je dois noter quelques différences qui se résument ainsi :

La pneumonie qui occupe la partie moyenne de l'organe est celle qui se résout habituellement le plus vite et qui dure le moins longtemps.

La pneumonie du sommet et celle de la base ont la même durée ; mais celle du sommet est un peu plus lente que l'autre à se résoudre.

L'étendue de la phlegmasie a une plus grande influence sur sa durée ; ainsi, la pneumonie qui occupe toute la hauteur de l'organe est celle qui marche le plus lentement et qui dure le plus longtemps. De même, la pneumonie double met plus de temps pour entrer en résolution que celle qui est simple. Mais cela est en général vrai seulement pour le poumon le premier envahi. La phlegmasie marche, au contraire, plus vite dans le poumon qui a été pris le second. On dirait presque que la résolution de la première pneumonie entraîne avant terme la résolution de la seconde. Ainsi, je l'ai vue se faire en général du huitième au dixième jour dans le côté envahi le premier, et du quatrième au sixième dans le second.

La conclusion qui semble ressortir des détails dans lesquels je viens d'entrer est qu'en présence d'un enfant atteint d'une hépatisation lobaire préventive et franche, la meilleure thérapeutique est l'emploi d'une bonne hygiène et l'abstention de toute médication.

C'est en effet la conduite que je crois devoir conseiller vis-à-vis d'un bon nombre de malades.

Toutefois, je n'oublie pas que le travail actuel a trait uniquement à la terminaison naturelle de la pneumonie, à la durée de ses périodes, et à l'influence que le traitement exerce sur elles. Je n'oublie pas qu'il reste des indications secondaires sur lesquelles la thérapeutique a lieu de s'exercer.

En outre, se diriger exclusivement d'après un ensemble de chiffres pareil à celui que l'on trouvera dans le mémoire pour établir une conclusion thérapeutique absolue, ce serait méconnaître les besoins de la pratique journalière, ce serait oublier que chaque malade représente une individualité qui exige l'établissement et la solution d'un problème particulier. Or, je ne veux pas me soustraire à ces nécessités de notre art.

Aussi le seul précepte que je veuille poser est : qu'il n'est presque jamais utile, et encore moins nécessaire, de diriger contre la pneumonie franche des enfants une médication très-active, et qu'il faut surtout s'abstenir autant que possible d'émissions sanguines répétées, dont l'effet évident est d'affaiblir inutilement les enfants, et d'allonger considérablement leur convalescence.

Une fois ce précepte établi, il faut éloigner son esprit de ce que les chiffres ont de trop absolu, et, en consultant les besoins de chaque malade, on peut voir que la thérapeutique doit se borner à remplir quelques indications individuelles, dont l'importance, secondaire à l'égard de la terminaison du mal, a cependant de la valeur pour le soulagement du malade et pour l'atténuation de quelques symptômes. C'est ainsi qu'une petite émission sanguine locale ou générale soulagera le point de côté, diminuera l'oppression pénible, atténuera, au moins momentanément, le mouvement fébrile. Ailleurs un vomitif ou un purgatif donnés à propos amèneront de la détente. D'autres fois, ces effets favorables résulteront d'un bain tiède donné en pleine pneumonie, etc.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amandes amères (*Empoisonnement par l'iodure de fer et les*). Les médicaments contenant de l'acide cyanhydrique, qui doivent être maniés avec tant de prudence, sont susceptibles, comme on sait, de former avec d'autres substances, les préparations mercurielles et les ferrugineuses notamment, des composés toxiques d'une extrême activité. Aussi doit-on éviter avec soin, on ne saurait trop le répéter, d'allier dans une même formule des agents capables de donner naissance à de telles combinaisons, se garder, par exemple, d'ajouter, comme cela est arrivé, du calomel dans un loch pré-

paré avec des amandes amères. Mais ce n'est pas seulement dans le mortier du pharmacien ou dans le flacon sortant de son officine que ces actions chimiques peuvent se produire; elles peuvent avoir lieu également au sein de l'économie, ainsi que le montre le fait suivant, dont les dangers, pour avoir déjà été signalés, ne méritent pas moins d'être rappelés à l'attention.

M. Toscani administrait, comme reconstituant, le sirop d'iodure de fer à une petite fille de cinq ou six ans; elle le prenait avec un très-grand succès. Un jour, malgré les avertissements de notre confrère, une personne fit manger à cette enfant deux bonbons contenant de l'essence d'amandes amères. Une heure après, sa mère lui donna sa cuillerée de sirop d'iodure de fer. Au bout d'une heure, angoisse, cardialgie, puis des lipothymies qui, pendant trois heures, se succédèrent à courts intervalles, à la grande épouvante de la famille. Heureusement, quelqu'un ayant profité d'un moment de calme pour faire prendre un potage à la petite malade, il en résulta des vomissements qui, au bout de cinq heures, mirent un terme à cette scène alarmante. (*Bullet. delle sc. med. di Bologna*, mars 1862, et *Gaz. méd. de Lyon*, avril 1862.)

Cataracte (*Cas de*) *enrayée par l'emploi intùs et extrà de l'ammoniaque.* M. Quadri est loin d'affirmer que toutes les cataractes guérissent par l'emploi de l'ammoniaque. Seulement, il publie une preuve clinique de l'influence curative de ce médicament, preuve qui nous semble extrêmement digne d'attention par la réserve même qui en caractérise le récit.

Une femme de vingt-deux ans s'aperçut d'une diminution de la faculté visuelle. Elle consulta M. Quadri, d'autant plus effrayée que la cataracte, héréditaire dans sa famille, avait déjà frappé sa mère, deux frères et une de ses sœurs (cette dernière opérée avec succès par M. Quadri). Dans ses yeux, observés à l'ophthalmoscope, l'auteur constata une opacité corticale plus prononcée à la périphérie qu'au centre. La vue était affaiblie au point de ne plus permettre aucune occupation. Le traitement consista à appliquer, tous les jours, l'ammoniaque liquide aux tempes, sous un verre de montre, et à donner à l'intérieur, quelques centigrammes de chlorhydrate d'ammoniaque. La malade suivit ces prescriptions avec une docilité des plus remarquables; au bout de deux mois, elle avait regagné assez de netteté dans la vue pour pouvoir reprendre quelques travaux. L'examen ophthalmoscopique fit alors reconnaître une diminution dans l'étendue et dans la densité des opacités. La malade a continué ce traitement durant cinq ans. La maladie, non-seulement n'a pas augmenté, mais s'est améliorée. Ajoutons que, l'ayant suspendu un mois, cette femme constata une aggravation que la reprise du traitement fit de nouveau disparaître. (*Giorn. d'oftalm. ital.*, mars 1862.)

Cataracte. *Du diagnostic à l'aide de l'ophthalmoscope.* M. Walton a perfectionné, à l'aide de l'ophthalmoscope, le diagnostic de la cataracte. Il a pu ainsi découvrir l'existence de cette maladie, à son début, chez des sujets qui ne s'en croyaient pas atteints. Ajoutons que c'est ordinairement sur l'œil réputé sain d'un individu dont l'autre œil était évidemment cataracté, qu'il a fait cette constatation.

L'opacité commence, en général, par des bandes ou stries, disposées le plus souvent en rayons; elle débute surtout par la circonférence de la lentille.

En usant de l'ophthalmoscope dans ce but spécial, on doit éviter un haut degré d'éclairage, qui rendrait les légères opacités presque transparentes, et partant non perceptibles. Cette observation est très-importante. Chez quelques sujets, et selon l'intensité de la lumière qu'on emploie, le fond de l'œil peut devenir visible, malgré la présence d'une cataracte commençante. Autrefois, dès que M. Walton, parvenait à apercevoir le fond de l'œil, la *pupille*, il prononçait que le cristallin était transparent. Aujourd'hui, son expérience l'a fait changer de langage. Il faut aussi que pendant l'examen le patient incline la tête alternativement en différents sens.

Quant à la nébulosité de l'humeur vitrée, lorsqu'on la soupçonne, il faut examiner la pupille directement, puis obliquement, à une lumière concentrée; et si l'on ne trouve pas les signes d'une opacité cristallinienne, les symptômes devront être attribués à la diminution de transparence de l'humeur vitrée. (*British medical journal*, mars 1862.)

Dent canine *gauche ayant sa racine logée dans l'épaisseur de la*

èvre *inférieure et simulant une tumeur cancéreuse.* Bien qu'au premier abord et sur l'énoncé seul de ce titre il paraisse difficile peut-être qu'on puisse confondre une tumeur formée par la racine d'une dent déviée avec une tumeur cancéreuse, on verra cependant par les détails du fait qui va suivre, que cette confusion était à peu près inévitable. Il est donc bon qu'on puisse être prémuni contre le retour possible d'une semblable méprise. Mme M***, de Dunkerque, âgée de quarante ans à peu près, d'un tempérament extrêmement lymphatique, a de tout temps souffert des dents; à part deux ou trois incisives intactes, il ne lui reste à la partie moyenne et latérale que des racines plus ou moins altérées, plus ou moins déchaussées, des alvéoles en partie détruites. Les gencives sont ramollies, ulcérées; elles laissent suinter presque constamment un liquide sanieux purulent. Enfin, vers la fin de 1854, elle a senti se développer à gauche, dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, une tumeur de 3 centimètres, étendue de bas en haut, et remplissant tout l'intervalle qui sépare les gencives de la face interne de la lèvre. Après quelques mois de douleurs insupportables, cette tumeur finit par adhérer intimement aux gencives et devenir une gêne permanente. — En avril 1855, Mme M***, pouvant à peine manger, fait appeler M. Zandyck, qui trouve la moitié gauche de la lèvre inférieure tuméfiée dans toute son étendue. La partie externe (la peau), rouge, dure, amincie, menace de s'ulcérer. La face interne est pour ainsi dire horizontale, elle va rejoindre les gencives. Sous la muqueuse, d'une teinte violacée, existe une tumeur bosselée, qui s'étend dans le tissu cellulaire et en occupe toute l'épaisseur. Au centre existe un ulcère grisâtre, et dont les bords sont durs, élevés, livides, douloureux au toucher; il s'en écoule une matière sanieuse, infecte et parfois sanguinolente. Les mouvements de mastication sont difficiles, impossibles même; ils réveillent des douleurs sourdes, lancinantes, insupportables. — Ce dernier caractère, l'aspect particulier de l'ulcération, le liquide qu'elle laisse suinter, l'ancienneté de la maladie, semblent indiquer de prime abord une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure. M. Zandyck cautérise à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent et prescrit des topiques émollients opiacés. Mais ces cautérisations, difficilement supportées, sont abandonnées, puis reprises de nouveau quelque temps après, mais sans produire d'amélioration sensible. M. Zandyck songeait dès lors à recourir à l'extirpation de la tumeur, quand, un jour, voulant cautériser profondément, le crayon vient heurter contre un corps dur et résistant. La percussion avec un stylet mousse détermine un son qui indique la présence d'un corps étranger. Une incision cruciale pratiquée aussitôt fait apercevoir un fragment de dent; mais il est tellement enchâssé, qu'il faut, pour l'amener au dehors, le disséquer avec la pince et le bistouri. Cette opération terminée, on extrait une longue racine de la canine gauche recouverte d'une couche épaisse de matière calcaire. Elle était placée horizontalement, sa pointe tournée vers la lèvre; sa partie supérieure adhérait, pour ainsi dire, au maxillaire. La dent enlevée, l'opérateur divise de haut en bas avec le bistouri les adhérences de la lèvre à la mâchoire jusqu'à sa partie inférieure. Quinze jours après, la cicatrisation était complète. La mastication était redevenue normale, et Mme M*** n'éprouvait plus la moindre douleur. (*Gaz. des hôpit.*, mars 1862.)

Dermanyssus avium (*Eruption produite par la présence du*). Voici un fait qui n'est pas sans précédents (on en peut voir d'analogues dans la *Zoologie médicale* de M. le professeur Moquin Tandon), mais qui, n'étant pas très-commun, mérite d'être parfois rappelé. Dans des cas semblables, en effet, de même que dans un autre que renferme aussi le répertoire du présent fascicule, faute de soupçonner d'abord, puis de reconnaître la cause des symptômes, on pourrait instituer et continuer longtemps des moyens thérapeutiques complétement inutiles.

Une dame de soixante et dix ans consulta le docteur Itzigson pour une éruption que, depuis peu de temps, elle avait vue se développer sur le cou et la partie supérieure du tronc. Cette éruption consistait en pustules nombreuses, confluentes, ayant quelque ressemblance avec celles de la variole, s'accompagnant de rougeur et d'une démangeaison excessive, principalement à la nuit. Peu après, une jeune fille âgée de vingt-trois ans, qui couchait dans le même appartement que la malade précédente, puis une servante,

âgée de vingt-six ans, furent atteintes des mêmes symptômes. On crut à l'existence d'une gale commune; cependant, à l'examen, la dimension plus large des pustules, les parties du corps où siégeait l'affection, firent écarter cette opinion. On eut recours au microscope et l'on découvrit des *acari* d'un volume plus considérable que celui du sarcopte de la gale. La longueur des palpes, la forme ovalaire et allongée du corps, les distinguaient complétement de l'acarus de l'homme, et en étudiant leurs caractères on reconnut qu'ils appartenaient au genre *dermanyssus avium.* L'explication du fait fut fournie par l'existence, au-dessous de la chambre à coucher de la vieille dame, d'un hangar servant de poulailler, dont les hôtes étaient couverts de cet acarus; il en existait aussi à profusion sur le seuil et les murs de ce poulailler, et il paraît que c'était par les fentes d'un châssis vitré pratiqué dans le toit de cet édifice que les épizoaires avaient pénétré dans l'appartement. Au moyen de bains et d'une pommade préparée avec le précipité blanc et l'huile de romarin on obtint une guérison rapide. (*Virchow's Arch.*, et *Dublin méd. Press*, mars 1862.)

Diabète (*Cas de*) *guéri par les eaux de Carlsbad.* Depuis bien des années déjà la plupart des praticiens d'Allemagne ont reconnu aux eaux alcalines de Carlsbad une puissance thérapeutique très-grande contre le diabète. Ces eaux, trop peu connues des médecins français, et qu'on considère à tort, suivant nous, comme les analogues de celles de Vichy, ont été étudiées avec succès par un grand nombre de médecins allemands, entre autres par MM. Seegen, Decarro et Flecklcs.

Le docteur Muller, de Hanovre, vient de faire connaître un nouveau cas de guérison du diabète par les eaux de Carlsbad; guérison qui ne s'était pas démentie au bout de quatorze mois.

Il s'agit d'un banquier de cinquante-trois ans, qui, à la suite d'une émotion morale, vit ses fonctions digestives s'altérer et un appétit très-prononcé jusque-là se perdre entièrement. Une soif continuelle, de la dysurie, s'accompagnèrent bientôt de sécheresse de la bouche, de pâleur, et d'un amaigrissement rapide. L'urine, analysée, donne 50 pour 100 de sucre. L'opium, l'eau de Vichy et une diète animale diminuèrent un peu la quantité des urines et la proportion du sucre, mais l'amaigrissement augmenta; le malade perdit vingt-trois livres de son poids en douze jours. Malgré le retour de l'appétit et des digestions normales, le malade accusait de la faiblesse, des vertiges, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. A la fin d'avril il partit pour Carlsbad; il y supporta parfaitement l'eau du Sprudel, et vit sa santé s'améliorer de jour en jour. Au bout de quatre semaines, il pouvait être considéré comme guéri et avait gagné quinze livres en poids. Depuis lors l'embonpoint reparut comme avant sa maladie et la guérison s'est maintenue (*Wien Wochensshr, et med. chir. Monatsh*, 1861).

Enrouement simple persistant (*De l'*). Dans les *Leçons de clinique médicale* de Graves, récemment traduites par M. Jaccoud, on trouve un chapitre sur l'enrouement qui renferme des indications pratiques que nos lecteurs nous sauront gré de reproduire ici.

On sait, dit Graves, que les adolescents des deux sexes sont souvent atteints d'un enrouement qui revêt un caractère tout à fait chronique, et qui résiste pendant fort longtemps à tous les efforts de la thérapeutique. Un enfant s'expose au froid, il est pris d'angine et de fièvre; ces accidents durent pendant quelques jours, puis ils cèdent à l'emploi de quelques laxatifs, parfois même ils disparaissent spontanément, sans qu'il soit besoin d'aucune intervention active; mais l'enrouement persiste, et le petit malade ne peut parler qu'à voix basse. Eh bien, cet état va durer des semaines et des mois sans aucun autre symptôme; l'enfant ne tousse pas, il n'éprouve aucune difficulté à respirer; l'appétit est bon, le sommeil et la digestion sont naturels; on n'observe aucun amaigrissement; en un mot, l'altération de la voix constitue le seul accident appréciable. Mais la persistance de cet enrouement finit par éveiller au plus haut degré la sollicitude des parents. Si alors on examine la gorge, on ne trouve aucune trace d'inflammation sur la membrane muqueuse; la pression, qu'elle soit superficielle ou profonde, ne développe aucune sensibilité dans la région du larynx.

Pour combattre cette affection, il faut savoir d'abord qu'elle dépend de l'affaiblissement des cordes vocales et

peut-être aussi des muscles laryngiens ; cet état est la conséquence d'une phlegmasie chronique, qui se fait lentement et sourdement, et l'on ne doit rien espérer, suivant Graves, ni du régime, ni des sangsues, ni des autres moyens antiphlogistiques. Ce qu'il conseille, en pareil cas, c'est de recourir à des gargarismes fortement excitants. Il engage à commencer par une drachme (3 grammes) de décoction de quinquina, pour un gargarisme dont le malade doit user cinq ou six fois par jour ; au bout de quelque temps, on peut augmenter la dose de teinture, mais il ne faut jamais dépasser une demi-once (12 grammes) pour 6 onces de véhicule.

Graves est d'avis qu'on peut également prescrire des frictions sur le larynx et sur la région cervicale latérale, avec l'huile de croton, agent qu'il préfère de beaucoup, pour ce cas, à la pommade stibiée. Voici le procédé d'application qu'il met en usage :

Pr. Liniment camphré composé	24 gram.
Huile de croton	8 gram.

Mêlez.

On verse une petite quantité de cette mixture, 6 grammes, par exemple, dans une soucoupe, et l'on fait des frictions matin et soir sur la partie antérieure du cou, jusqu'à ce que l'on ait vu naître une éruption confluente de pustules. Lorsque ces boutons ont achevé leur évolution et que la desquamation a eu lieu, on recommence cette petite opération, et l'on obtient ainsi, pendant une période lde temps assez longue, une révulsion légère, mais très-efficace. Si, malgré 'emploi de ces moyens, l'affection persiste, Graves recommande expressément l'iode à petites doses et le changement d'air. Il a remarqué que les inflammations à marche chronique ne sont pas sans quelque analogie avec les phlogmasies scrofuleuses, et c'est ce qui l'a engagé à prescrire l'iode contre cette forme d'enrouement.

Il est une autre condition sur laquelle il faut énergiquement insister, surtout au début du traitement : un silence absolu est de rigueur.

Dans certains cas rebelles, tous ces moyens échouent, et il faut mettre en œuvre une médication plus énergique. Dans ces circonstances, le mercure est la seule ancre de salut : il faut le donner à l'intérieur, et faire absorber les vapeurs de l'*hydrargyrum cum creta*. Les mercuriaux doivent être continués jusqu'à ce que la bouche soit légèrement touchée. (*Leçons de cliniq. médic.* de N. R. Graves, trad. par M. Jaccoud.)

Fistule lacrymale. *Son traitement par l'occlusion des conduits lacrymaux à l'aide de la galvano-caustique.* M. Tavignot, dans le but d'obtenir l'occlusion des deux conduits des larmes pour la guérison de la tumeur et de la fistule lacrymales, avait autrefois pratiqué l'excision palpébrale multiple, l'expérience lui ayant démontré l'insuccès constant et l'inutilité, même entre les mains des plus habiles chirurgiens, de l'excision palpébrale unique.

Dans ces dernières années, il a donné la préférence à un deuxième procédé, l'oblitération des conduits par la cautérisation galvanique ; procédé qui évite les inconvénients du premier, tels que la déviation des cils sur le globe oculaire par la rétraction de la cicatrice, l'ulcération de cette même cicatrice venant rendre aux conduits leur perméabilité première ; le découragement des malades devant une opération plusieurs fois inutile.

Qu'il s'agisse d'une tumeur ou d'une fistule lacrymale, le traitement est le même. L'appareil instrumental se compose : 1° de la pile Grenet à pédales ; 2° d'un manche en ivoire, contenant dans son intérieur deux cordes de cuivre rouge ; 3° de la tige en platine, qui sert à la cautérisation. Après avoir fixé la tige en platine au manche d'ivoire par deux pas de vis, et adapté une de ses extrémités, disposée pour cela, aux fils conducteurs de la pile, l'autre extrémité libre et très-effilée de la tige est introduite dans une longueur de 5 à 6 millimètres dans le conduit lacrymal supérieur. La pédale de la pile est abaissée, et l'action caustique produite par le platine incandescent cesse dès que l'opérateur l'a jugé suffisante. Le conduit lacrymal inférieur sera cautérisé le même jour ou quelques jours plus tard, au gré du chirurgien. M. Tavignot donne la préférence à cette dernière pratique, qui amènerait une réaction moins vive.

Pas de frottement sur l'œil, lotionner avec l'eau fraîche, priser cinq à six fois par jour une poudre excitante quelconque, dans le but d'activer la sécrétion de la pituitaire et de hâter la résolution de l'engorgement de la muqueuse du canal nasal. (*Revue de thérap. médico-chir.*, février 1862.)

Hémorrhoïdes (*De l'emploi des lavements froids dans le traitement des*). Nous n'empruntons à M. Haston qu'un conseil sur un point très-restreint du traitement médical des hémorrhoïdes. Les lavements d'eau fraîche, ou légèrement astringents, ont une grande efficacité comme moyen sédatif. Mais on a le tort de ne les donner qu'avant la défécation et dans le but de faciliter cette fonction. Administrés ainsi, ils ne remplissent que l'office d'un palliatif. Au contraire, si, comme le veut l'auteur, on les donne *après* la défécation, agissant sur l'intestin vide, ils peuvent plus efficacement modifier les sécrétions de la muqueuse et influencer la contractilité musculaire. (*The Lancet*, avril 1862.)

Œsophagotomie *pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger*. Le professeur Syme, d'Edimbourg, a fait récemment avec un plein succès l'opération de l'œsophagotomie pour l'extraction d'un corps étranger (pièce de monnaie suédoise analogue à nos pièces de 10 centimes). Ce qui distingue ce fait de la plupart des cas analogues, c'est que le corps étranger avait séjourné pendant trois mois dans l'œsophage, au niveau de la fourchette du sternum, sans produire d'accidents graves ni même de lésions de voisinage appréciables, et c'est pour mettre le malade à l'abri de dangers toujours imminents en pareille circonstance que M. Syme s'est décidé à opérer. L'œsophage, distendu par un cathéter à boule, fut ouvert facilement. Il suffit d'introduire le doigt pour reconnaître la pièce de monnaie, qui fut extraite sans peine avec des pinces recourbées. Au bout d'une semaine, pendant laquelle on avait nourri l'opéré à l'aide d'une sonde œsophagienne, la déglutition se rétablit librement, et la guérison était complète dix jours plus tard. (*British med. journ.* et *Gaz. méd.*, avril 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration du nez.

Parallèle des procédés autoplastiques et des pièces de prothèse (1).

Dans l'état actuel de la science et de l'industrie, quelle part devons-nous faire à la prothèse, quelle part aux procédés autoplastiques pour remédier aux mutilations du nez ? Telle est l'importante question qui se pose naturellement à chaque point de notre étude. On ne peut la résoudre d'une manière générale, car quelque étendues que soient les ressources de la prothèse, il est certaines lésions auxquelles elle ne saurait remédier, le rétrécissement des narines par exemple. Puisque ces ressources varient suivant les lésions et les parties du nez qui sont altérées, il faut donc, pour établir un parallèle utile entre les secours divers fournis par la mécanique et l'autoplastie, commencer par former des catégories.

Les difformités du nez sont fort diverses ; cependant on peut les classer en quatre groupes principaux :

1° Le nez fait défaut complétement; alors, ou la charpente osseuse ainsi que les parties molles ont été emportées en entier, ou il reste quelques vestiges de téguments qui se ratatinent et obturent l'ouverture des fosses nasales. La saillie de l'organe à tout a fait disparu et la région est de niveau avec les joues.

2° Les os propres seuls manquent, et donnent lieu à deux formes bien différentes de difformité, selon que les téguments qui les recouvrent sont atteints ou épargnés. Dans ce dernier cas, les parties molles, ne trouvant plus de soutien, s'affaissent, quelquefois même elles s'enfoncent dans la cavité des fosses nasales, et le nez, au lieu de présenter une saillie, offre un creux plus ou moins profond. Le lobule du nez se relève fortement et laisse voir les ouvertures des narines. Lorsque, au contraire, les téguments ont été détruits en même temps

(1) Suite, voir la précédente livraison, p. 331.

que les os, on voit une ouverture anormale occuper la racine du nez ; les narines subissent un déplacement peu notable.

3° Les os propres du nez existent ; mais tous les cartilages qui forment la charpente du lobule et une portion plus ou moins grande de la cloison ont été rongés par l'ulcération, de sorte que l'ouverture des fosses nasales reste entièrement béante.

4° Enfin une portion seulement des cartilages a été atteinte, et la difformité n'affecte que la conformation de l'une ou l'autre des narines ou des deux. Lorsque la perte de substance porte exclusivement sur la cloison, le lobule s'affaisse et donne au nez une forme toute particulière.

I. *Des difformités intéressant la totalité du nez.*

Les causes qui peuvent amener la perte totale de l'organe sont les blessures de guerre et les affections diathésiques : cancer, scrofules, syphilis. Dans les cas de blessures par armes à feu, il n'y a guère que les biscaïens dont l'action soit assez énergique et étendue pour emporter tout le nez, et le plus souvent alors la perte de substance atteint en même temps les os voisins ; les maxillaires supérieurs. Ces faits sont rares ; nous aurons cependant l'occasion d'en citer un bien fâcheux exemple lorsque nous traiterons de la prothèse des mutilations complexes de la face.

Lorsque la destruction du nez est produite par une affection cancéreuse même de la plus bénigne nature, il est rare que le chirurgien songe à y remédier par une autoplastie, alors que la maladie paraîtrait complétement enrayée. Malgré les promesses faites il y a quelques années par M. Martinez, de la Creuse, le praticien prudent s'abstiendra de toute tentative.

Si la crainte d'une récidive n'enrayait pas sa main, les seuls résultats possibles de l'opération, la plus heureusement faite, l'arrêteraient. En effet, le lambeau que l'on devrait emprunter au front, ne trouvant aucun soutien, ne tarderait pas à s'enfoncer dans les cavités nasales.

Dans les cas de perte totale du nez, il n'y a pas à hésiter, et l'on doit donner la préférence à la prothèse ; la difformité est plus complétement masquée et à moins de frais. En voici un exemple que nous avons vu dans le service de M. Follin.

Obs. *Affection ulcéreuse ayant détruit le nez en entier. — Usage depuis quinze années d'un nez artificiel en argent.* La nommée Volzaget, âgée de trente-huit ans, fille de service à la Salpêtrière, a été atteinte, à l'âge de vingt ans, d'une affection ulcéreuse qui a détruit complétement le nez. Cette affection a débuté par un coryza, des croûtes dans les fosses nasales et une éruption pustuleuse sur le nez. Le travail d'ulcération a duré trois ans. Au bout de ce temps, il ne restait plus trace des téguments, des cartilages, ni des os propres du nez. La saillie du nez a été remplacée par une large ouverture piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, divisée en deux ouvertures secondaires sur la ligne médiane par la cloison des fosses nasales. Cette ouverture est limitée latéralement par du tissu inodulaire se continuant avec la muqueuse, qui est d'un rouge vif, surtout en ce point.

Il y a quinze ans, lors de l'entrée de Volzaget à la Salpêtrière, M. Guillot lui prescrivit l'usage d'un nez artificiel. Cet instrument, fabriqué en argent par M. Charrière, est peint couleur chair ; il obture complétement l'ouverture des fosses nasales. A sa partie supérieure sont fixées des lunettes, dont les branches s'attachent derrière la tête et servent ainsi à maintenir l'appareil en place.

Cet appareil rend de très-grands services à la malade. Si elle l'enlève, elle éprouve de la douleur, et la muqueuse devient le siége d'une sécrétion abondante. Le contact de l'air est très-douloureux, aussi Volzaget place-t-elle dans la partie inférieure de son appareil, au-dessus des ouvertures représentant les narines, une boulette de charpie remplissant le double but de ne pas permettre à l'air un accès trop facile et ensuite d'absorber les mucosités qui suintent de la muqueuse nasale.

L'appareil est solidement maintenu par les branches des lunettes et ne se déplace nullement dans les mouvements que peut faire la malade, soit qu'elle baisse la tête, qu'elle éternue, etc. (*Extrait d'une observation recueillie par M. Thomas, interne en chirurgie à la Salpêtrière.*)

Chez cette femme, et l'étendue de la perte de substance et la nature de la maladie qui l'a produite ne pouvaient faire songer à une tentative de restauration organique. Il n'y avait de possible que l'usage d'une pièce prothétique. On a vu qu'elle rendait à la malade des services signalés; nous ajouterons, puisque nous avons pu le constater nous-même, que le nez artificiel masque complétement chez elle la difformité.

Il en sera de même dans les cas où, sous l'influence d'une diathèse syphilitique, toute la charpente de l'organe olfactif a disparu, os et cartilages, et dans lesquels le reste des téguments s'est affaissé de façon à se trouver au niveau des autres parties du visage. Aucun des procédés autoplastiques connus n'arriverait à rétablir la saillie des parties.

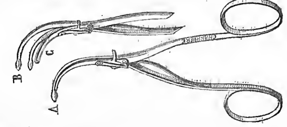
C'est pour remédier à une difformité de cette sorte que M. Lüer a entrepris son premier essai de nez en caoutchouc. Pour maintenir ses pièces en place, ce fabricant remplace l'éponge par un bouton en caoutchouc, de forme convexe, et dont la surface plane regarde en avant. Par suite de cette disposition, les bords du bouton se laissent déprimer lorsqu'on fait pénétrer cet opercule dans la cavité du nez et se roidissent assez, une fois introduit, pour fixer solidement l'appareil. Mettant à profit une perte de substance qui, chez son mutilé, existait vers la racine du nez, il y plaça son moyen de contention. Nous n'avons pas vu le malade, mais M. Lüer a placé sous nos yeux le portrait de ce jeune homme pris au daguerréotype, avec et sans son appareil, et nous pouvons certifier que le nez en caoutchouc faisait disparaître toute difformité. Mais qu'est-il advenu de cet essai? C'est ce que n'a pu nous apprendre M. Lüer [1]. Or, comme il y a huit ans que cette pièce a été fournie à cet individu, elle doit s'être altérée, et comme il n'en a pas réclamé une nouvelle, nous avons lieu de croire qu'il a renoncé à ce genre de nez. Genève, où habite ce jeune homme, n'est pas assez éloigné de Paris pour que la distance seule l'ait fait renoncer à cette sorte de pièce. L'usage qu'il en a tenté lui aura signalé quelque inconvénient grave, car, nous l'avons constaté, le nez était léger, et rendait au malade son ancienne physionomie. Peut-être est-ce le moyen de contention qui l'a conduit à abandonner ce modèle? L'ouverture qui existait à la base du nez était le seul point par lequel l'air pouvait pénétrer dans les fosses nasales, or l'opercule en caoutchouc, en comblant cette ouverture, forçait le malade à respirer exclusivement par la bouche, ce qui devait constituer une grande incommodité. Dans les cas semblables, les nez artificiels maintenus à l'aide de lunettes sont préférables. (*La suite au prochain numéro.*)

---

[1] M. Lüer nous fait observer que le malade a emporté avec lui quatre pièces de rechange et qu'il se pourrait très-bien faire que son client continuât, ainsi qu'il le croit, à porter son modèle.

Arsenal médico-chirurgical : nouveau modèle de pince dilatatrice.

M. Bouvier a communiqué à l'Académie une pince dilatatrice à trois branches, construite par M. J. Charrière, sur les indications de M. Laborde, interne à l'hôpital des Enfants. Cet instrument, employé pour favoriser l'in-



troduction des canules à trachéotomie, consiste dans l'addition au dilatateur ordinaire d'une troisième branche en forme de gouttière. Cet instrument offre l'avantage de dilater amplement l'ouverture faite à la trachée, et de lui donner une disposition plus en rapport avec la forme de la canule; c'est là une circonstance qui permet de faire à la trachée des incisions moins étendues. M. Bouvier rapporte que cet instrument a été employé avec succès pour le but que l'on se proposait d'atteindre.

D'importants changements viennent d'être introduits dans l'organisation et l'enseignement de la Faculté de médecine; les uns ont rapport à de nouveaux attributs donnés au doyen, les autres à la création de deux chaires nouvelles qui viennent élargir le cercle de l'enseignement officiel; ce sont là des améliorations considérables qui seront comprises de tous. L'espace nous manque pour chercher à apprécier l'influence que devront avoir ces modifications, voulant placer sous les yeux de nos lecteurs les documents officiels.

Rapport à l'Empereur.

Sire, Votre Majesté veille avec une constante sollicitude au progrès des établissements d'instruction publique. Parmi ces établissements, il n'en est aucun qui rende plus de services et qui ait acquis une plus légitime renommée que la Faculté de médecine de Paris. La force, la solidité, l'étendue de son enseignement répondent à l'éminence des professeurs qui ont illustré ses chaires et qui les occupent aujourd'hui avec tant d'éclat. Elle reçoit dans son sein une foule d'élèves studieux qu'elle renvoie fiers du titre qu'ils y ont conquis, riches d'excellentes études et habiles à remplir, au milieu des populations, leur utile et noble profession. Mais, en outre, sa réputation, franchissant les limites de la France, attire de tous les points du globe une recrue annuelle d'étrangers qui, déjà instruits dans les universités et les institutions de leur pays, viennent compléter leur éducation médicale dans cet actif foyer de travail et de science.

La Faculté de médecine de Paris doit cette influence et ces succès aux efforts qu'elle a déployés, à chaque époque, pour se tenir au niveau de toutes les conquêtes scientifiques. Elle continuera de marcher dans cette voie si féconde, et le gouvernement de Votre Majesté ne négligera rien pour que l'enseignement médical grandisse en raison même des nouveaux développements de la science.

La médecine comparée est un de ces développements de la science moderne. Ce que la comparaison des organismes est à l'anatomie, ce que la comparaison des fonctions est à la physiologie, la comparaison des maladies d'espèce à espèce et de classe à classe l'est à la pathologie.

La médecine comparée doit naturellement conduire à la connaissance géné-

rale des maladies par le rapprochement et la comparaison des divers états morbides chez l'homme et chez les animaux; mais elle a, dans sa manière de procéder, des méthodes et des recherches spéciales. Elle ne saurait, comme la pathologie ordinaire de l'homme, rester enfermée dans les limites de la simple observation; son caractère scientifique repose essentiellement sur la pathologie expérimentale. En effet, la médecine comparée peut, en provoquant des maladies chez des animaux dans des circonstances particulières et exactement déterminées, suivre leur développement pas à pas. Elle peut, en agissant à son gré, dans les diverses périodes, en séparer par une analyse expérimentale méthodique toutes les conditions morbides complexes dont elle veut connaître la nature et l'influence.

La médecine comparée est appelée à rendre les mêmes services à la thérapeutique générale; l'étude expérimentale des substances toxiques et médicamenteuses chez les animaux est un complément indispensable de leur administration chez l'homme pour connaître leur véritable manière d'agir.

Mais à côté de ces recherches scientifiques que la médecine comparée doit poursuivre, elle embrasse des questions pratiques qui sont de la plus haute importance pour la prophylaxie et l'hygiène publique, c'est-à-dire la transmission des maladies des animaux et des végétaux à l'homme, transmission bienfaisante dans la communication du cow-pox ou vaccin à l'homme, fatale dans celle de la morve, de la rage, du charbon, etc. Là est un vaste champ ouvert à de nombreuses et importantes applications qui, d'un haut prix pour les particuliers, ne seront pas d'un moindre prix pour l'État.

Depuis longtemps l'étude de la médecine comparée a été recommandée par des hommes éminents. Le moment est venu de faire droit à leurs recommandations, de placer à côté de l'anatomie et de la physiologie la médecine comparée, et de prendre une initiative qu'il importe de ne pas laisser aux écoles étrangères.

Sire, en exposant à Votre Majesté toute l'importance de la création d'une chaire de médecine comparée, je suis heureux d'ajouter que je puis présenter, pour remplir cette chaire, un homme désigné d'avance par la voix publique et par le suffrage de ses pairs. Depuis plus de vingt ans, un médecin célèbre par de grands travaux et une grande pratique, renommé par son dévouement à la science, le docteur Rayer, a poursuivi avec constance l'étude comparative des maladies de l'homme et des animaux.

La chaire de médecine comparée sera pour lui la meilleure récompense de ses belles et utiles recherches, parce qu'elle lui donnera le moyen de répandre parmi nos élèves de nouvelles connaissances et de rendre de nouveaux services à l'humanité.

A côté d'une chaire de médecine comparée, je suis convaincu, Sire, qu'il est nécessaire de créer l'enseignement de l'histologie, si l'on veut arriver à un large et complet système d'études magistrales.

L'histologie a pour sujet la substance organisée, tant solide que liquide, qui est directement active dans le corps de l'homme, des animaux, des végétaux. Elle a pour but de déterminer les formes élémentaires de cette substance, d'en étudier les dispositions profondes qui échappent à l'œil nu, et de signaler les fonctions élémentaires qui sont inhérentes à chacune de ces formes.

Ces parties élémentaires, soit qu'on les considère dans les différentes régions du corps, soit qu'on les poursuive dans la série des âges, soit qu'on les examine dans la série des êtres, jouissent de propriétés communes; partout, leurs attributs fondamentaux sont les mêmes; de là l'entière généralité de cette étude et la fécondité de vues et d'applications qui lui appartient.

Enoncer que l'histologie étudie, dans toutes les régions du corps, dans tous les êtres et dans tous les âges, les parties élémentaires en qui gisent les propriétés effectives de la vie, suffit pour en faire ressortir l'utilité théorique. Enoncer que, par la même méthode d'observation minutieuse et de généralisation féconde, elle suit à la trace les altérations des humeurs et les dégénérescences qui, affectant ces parties élémentaires, produisent les lésions organiques suffit pour en faire sentir l'utilité pratique.

Ici, comme pour la médecine comparée, à côté de la chaire est l'homme qui peut la remplir: M. le docteur Robin, connu par des recherches originales, auteur d'ouvrages considérables, maître suivi par un auditoire studieux dont une partie vient même de l'étranger, est un choix qui sera ratifié par le monde savant. Il est juste que le premier professeur nommé soit celui qui a fait de l'histologie l'objet exclusif de ses veilles et de son labeur.

Les créations que je sollicite de Votre Majesté, Sire, répondent aux véritables besoins de l'enseignement et à l'état actuel de la science; et, en les réalisant, l'empereur manifestera de nouveau au pays le vif et puissant intérêt qu'il accorde aux progrès de l'instruction publique.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à Votre Majesté un projet de décret qui crée à la Faculté de médecine de Paris deux chaires, l'une de médecine comparée, l'autre d'histologie, et qui appelle à la première M. le docteur Rayer, et à la seconde M. le docteur Robin.

Je suis, etc. ROULAND.

Le décret qui concerne l'organisation de la Faculté se compose de deux articles principaux que voici :

Art. 1er. Le doyen de la Faculté de médecine de Paris est le chef de la Faculté. Il est chargé, sous l'autorité du recteur de l'Académie, de diriger l'administration et la police, de surveiller l'enseignement et d'assurer l'exécution des règlements.

Il propose, chaque année, le projet de budget qui doit être soumis au conseil académique; il ordonne les dépenses dans les limites des crédits ouverts par le budget annuel; il convoque et préside l'assemblée de la Faculté composée de tous les professeurs titulaires.

Notre ministre de l'instruction publique et des cultes désigne, tous les ans, deux professeurs titulaires chargés de seconder le doyen dans ses fonctions, et il délègue l'un de ces deux professeurs pour remplacer le doyen en cas d'absence ou d'empêchement.

Art. 2. L'assemblée de la Faculté donne son avis sur les mesures à prendre ou à proposer concernant l'enseignement et la discipline, lorsqu'elle est convoquée à cet effet par le doyen de la Faculté, dûment autorisé par le ministre.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, professeur de médecine comparée, est nommé doyen de la Faculté, en remplacement de M. le baron Paul Dubois, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé doyen honoraire.

M. le docteur Henri Roger, médecin de l'hôpital des Enfants, vient d'être élu membre de l'Académie de médecine, dans la section de pathologie.

Les juges du concours pour la place de chirurgien vacante au Bureau central des hôpitaux sont : MM. Denonvilliers, Monod, Manec, Desormeaux et Nat. Guillot, *juges*; MM. Alp. Guérin et Delpech, *suppléants*.

M. le docteur Pitou, médecin aide-major au 102e de ligne, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le prix Esquirol vient d'être décerné à M. Dunant, interne à la Salpêtrière.

Nous apprenons avec plaisir que le dispensaire des maladies des yeux créé par notre regrettable confrère M. Deval, survit à son fondateur, et que la direction en est confiée à notre collaborateur, M. le docteur Wecker, ancien chef de clinique du professeur Graëfe.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur la thérapeutique des phlegmasies aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire(1).

Par M. le docteur Carrière, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, chirurgien de l'hôpital de Saint-Dié (Vosges).

2° *Méthode contro-stimulante.* — Bien que j'aie fréquemment et assez largement appliqué cette méthode au traitement des phlegmasies de la poitrine, je dois avouer tout d'abord que je ne suis pas complétement fixé sur les conditions dans lesquelles son efficacité l'emporte sur celle des autres méthodes, et notamment sur les antiphlogistiques directs dont elle se rapproche par son action dynamique, sinon par ses effets immédiats. Je ne veux pas discuter sa valeur absolue ni relative; comme tous les moyens énergiques, elle a ses avantages et ses inconvénients, et parmi ces derniers, je rappellerai seulement, comme l'un des plus fâcheux, l'action directe du tartre stibié sur l'arrière-bouche, le pharynx, et l'éruption pustuleuse qui en est souvent la conséquence, pour peu que l'usage du remède se prolonge au delà de trois ou quatre jours. J'ai même vu cette action topique déterminer une phlegmasie œdémateuse de la glotte à laquelle le malade a succombé rapidement... Quoi qu'il en soit, je considère le tartre stibié à hautes doses comme un agent puissant et précieux; seulement, il faut le manier avec circonspection et en surveiller attentivement les effets. Je l'ai souvent administré au début des phlegmasies pulmonaires, ou bien à une période plus avancée de ces affections, chez des sujets vierges de tout autre traitement. Cependant, quand l'élément pleurétique est dominant, quand il détermine en quelque sorte la physionomie de la maladie, et à plus forte raison dans la pleurésie franche, je fais généralement précéder son emploi d'une saignée plus ou moins copieuse, selon l'urgence des cas. Puisque je viens de nommer la pleurésie, je demanderai de placer ici une réflexion concernant cette maladie. C'est que, si je devais en juger par les données de mon observation personnelle, la pleurésie aiguë, franche, idiopathique, serait une affection beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement. Cette circonstance est-elle particulière à la contrée que j'habite et aux populations soumises à mon observation? C'est une question que je me

(1) Suite et fin, voir la livraison précédente, p. 337.

suis souvent posée, et dans la solution de laquelle il faut tenir compte de la grande fréquence des affections de l'appareil pulmonaire, chez nos habitants de la montagne. Cette grande fréquence, en effet, est en rapport non-seulement avec les conditions climatériques du pays, mais aussi avec la *prédisposition spéciale* que ces mêmes conditions ont imprimée à la longue aux populations, et qui finit par se transmettre par voie d'hérédité. On comprend qu'alors l'effet de l'influence pathogénique se trouve rarement limité à l'enveloppe séreuse du poumon, à l'exclusion du parenchyme vasculaire et de l'élément aérien. Quoi qu'il en soit, j'ai presque toujours observé la pleurésie dans l'une ou l'autre des conditions suivantes: 1° comme élément plus ou moins dominant dans la péripneumonie aiguë et constituant alors l'entité désignée sous le nom de *fluxion de poitrine*; 2° comme épiphénomène de certaines phases de l'affection tuberculeuse en général, et de celle du poumon en particulier; 3° comme manifestation locale, primitive ou métastatique, du principe rhumastimal.

Sous l'une ou l'autre de ces formes, la pleurésie même localisée doit être considérée comme une affection grave, soit par elle-même, soit par la complication fâcheuse qu'elle manque rarement de déterminer, savoir l'épanchement dans la cavité séreuse.

Je reviens au tartre stibié. Son emploi m'a paru surtout avantageux dans les phlegmasies du parenchyme pulmonaire parvenues au degré d'hépatisation, quand la dyspnée est modérée et déterminée par l'imperméabilité du poumon plutôt que par la douleur locale; quand la matière de l'expectoration est médiocrement abondante, épaisse, glutineuse, franchement rouillée, plutôt que sanglante et écumeuse.

Il offre encore une précieuse ressource dans certains cas où la maladie a résisté à l'action de la saignée et où l'induration pulmonaire persiste quand ce moyen ne peut plus être appliqué sans danger.

En général, il m'a paru préférable à la saignée dans les phlegmasies qui viennent accidentellement compliquer la marche de la phthisie tuberculeuse, et même dans certaines pneumonies à forme suspecte et à marche subaiguë, limitées au sommet d'un poumon, et offrant peu de tendance vers la résolution. Dans ces derniers cas, lorsque l'affection me paraît décidément incliner vers la chronicité, je n'insiste pas longtemps sur l'emploi de la potion stibiée, et je lui substitue l'usage du même agent, mais à doses réfractées et associé à la digitale sous forme pilulaire. — Voici la formule des pilules dont je me sers habituellement :

Pr.	Tartre stibié....................	0g,05
	Extrait hydro-alcoolique de digitale.	0g,10
	Thridace........................	0g,10
	Extrait de polygala sénéka.........	1 gramme.

Mêlez exactement et divisez en 12 pilules, à prendre de deux en deux heures.

Je prescris en même temps la décoction de lichen et de polygala, et j'applique sous la clavicule un vésicatoire dont je provoque la suppuration; enfin, je n'insiste plus sur la diète, et les malades sont mis au régime lacté.

3° *L'opium.* — Les indications de l'opium dans le traitement des phlegmasies aiguës de la poitrine sont beaucoup plus restreintes que celles des deux agents que nous venons d'examiner; cependant son emploi est au moins aussi fréquent, soit à titre de palliatif, soit comme médicament spécialement destiné à combattre un symptôme particulier, la toux. J'examinerai tout à l'heure quelles sont les conditions les plus favorables à l'action de ce précieux remède dont nous sommes bien forcés tous d'abuser parfois quelque peu, et quelles sont celles dans lesquelles il faut savoir s'en passer. Mais je veux d'abord dire un mot d'une indication d'un ordre plus élevé, qui se présente dans certaines circonstances graves, où le praticien fait appel à l'action dynamique de l'opium pour relever ou régulariser la force vitale, et ramener l'organisme à des conditions où il puisse lutter avantageusement contre l'influence pathogénique. C'est surtout dans les péripneumonies dites *ataxiques* que cette indication se produit le plus souvent, ou bien encore au début de certaines pleurésies très-aiguës, dans lesquelles la violence de la douleur paralyse la réaction vasculaire et met en péril la vie du malade, avant même que l'organisme surpris ait eu le temps de déployer ses ressources conservatrices. Dans le premier cas, l'extrait d'opium associé au musc produit souvent des résultats merveilleux que chacun a eu mainte occasion de constater. Dans l'autre, j'ai eu souvent recours avec avantage à la poudre de Dower, administrée par fractions de 5 décigrammes dans une demi-tasse d'infusion chaude de fleurs de tilleul ou de sureau édulcoré, ou bien à un julep contenant 25 à 30 gouttes de laudanum et 5 à 10 grammes d'acétate d'ammoniaque. Sous l'influence de ce puissant modificateur, on voit bientôt s'établir une réaction salutaire; le pouls se développe et se régularise, la peau s'humecte, ou même une diaphorèse abondante amène une détente qui change rapidement la physionomie de la maladie, en mettant un terme à cette crise redoutable.

En dehors des circonstances graves que je viens de rappeler, l'opium, ou plutôt ses dérivés, morphine, codéine, etc., ne sont plus guère employés que pour satisfaire à des indications de détail et notamment pour calmer la toux. Si ce symptôme est très-opiniâtre, s'il fatigue le malade en le privant de sommeil, il est d'autant plus nécessaire de chercher à le calmer qu'il devient, dans ces conditions, une cause permanente d'irritation locale; la toux appelle la toux. Mais, en prescrivant l'opium pour satisfaire à cette indication, il ne faut pas perdre de vue, 1° que la toux est un phénomène fonctionnel nécessaire dans de certaines limites pour expulser des bronches des produits de sécrétion qui, par leur abondance, leur consistance, contribuent sensiblement à vicier l'hématose en formant un obstacle à l'entrée de l'air dans le poumon; 2° que la sécrétion elle-même constitue aussi une fonction pathologique qui a pour but l'élimination d'une partie des matières que la congestion hyperhémique a accumulées dans les tissus de l'appareil respirateur. Or, les opiacés ont pour effet ordinaire, d'une part, d'amoindrir ou supprimer les sécrétions, et d'autre part, de mettre obstacle à l'excrétion bronchique en particulier, soit en diminuant la contractilité du réseau bronchique, soit en déterminant une cessation plus ou moins complète de la toux. L'emploi de ces préparations sera donc sans inconvénients si on l'oppose à une toux sèche, nerveuse, ou provoquée par une irritation de la muqueuse avec sécrétion nulle ou insignifiante; mais il pourra n'en être plus ainsi quand les produits de la sécrétion seront abondants et difficiles à rejeter, ou bien quand il y aura indication de solliciter l'action éliminatrice de la muqueuse bronchique, pour activer la résolution de quelque engorgement du tissu pulmonaire. Si le praticien croit devoir, dans de telles conditions, administrer les opiacés, il fera bien de leur associer quelque substance propre à en modifier l'action, par exemple la scille, la digitale, l'ipéca, ou même le tartre stibié. En général, il ne faut user de l'opium qu'avec une extrême réserve chez les vieillards et chez les enfants.

4° *Les révulsifs cutanés.* — L'indication des révulsifs cutanés peut être particulière à certaines formes de phlegmasies pulmonaires, ou bien se produire dans certaines phases des cas les plus ordinaires, soit pour obvier à quelque complication accidentelle, soit comme traitement spécial d'une période normale de la maladie. Disons, d'abord, qu'à peu d'exceptions près, le praticien peut satisfaire à tous les besoins de la médication révulsive, à l'aide d'un petit nombre de moyens, savoir: le sinapisme, le topique vésicant, et l'huile de

croton tiglium. Le premier correspond aux cas qui nécessitent une action prompte, énergique, instantanée, soit qu'on doive se contenter de cette action, soit qu'elle ait seulement pour but d'enrayer les accidents, en attendant les effets d'un agent plus lent et plus durable. Le second s'applique plus spécialement aux circonstances dans lesquelles il est nécessaire d'obtenir une modification tout à la fois plus profonde et plus soutenue. Enfin, le troisième convient surtout quand on veut déplacer une phlegmasie superficielle qui occupe une surface étendue, c'est-à-dire une partie plus ou moins considérable de la muqueuse bronchique.

Essayons maintenant d'appliquer ces données à la thérapeutique des phlegmasies pulmonaires. Une péripneumonie peut se déclarer chez un sujet déjà débilité par une maladie grave, la fièvre typhoïde par exemple, ou bien par des hémorragies abondantes, une affection scorbutique, etc., en un mot, dans des conditions telles, que ni les émissions sanguines, ni le tartre stibié, ni les évacuants ne peuvent être rationnellement opposés à un état grave qui, pourtant, ne saurait être abandonné à lui-même. On trouve alors une précieuse ressource dans les révulsifs cutanés. L'emploi des sinapismes promenés sur les extrémités, et d'un ou plusieurs vésicatoires volants appliqués sur les parois de la poitrine, suffit dans bien des cas pour arrêter et faire disparaître les accidents. C'est encore à ces mêmes moyens que le praticien se trouve réduit pour combattre les pleurésies partielles ou les pneumonies circonscrites qui se déclarent autour des excavations tuberculeuses et des indurations de même nature chez certains phthisiques affectés, d'ailleurs, de diarrhée, de stomatite aphtheuse, etc. Dans les pleurésies parvenues à la période d'épanchement, et dans celles surtout qui ont une forme latente et une marche subaiguë, le vésicatoire appliqué *largement* produit quelquefois des effets d'une rapidité merveilleuse, que tous les praticiens ont pu constater. L'expérience m'a démontré que le maximum d'activité de l'emplâtre vésicant correspond à la période même pendant laquelle s'opère l'afflux séreux, et que son effet diminue beaucoup quand la vésication est complétement effectuée. Aussi, ai-je adopté pour règle, quand l'indication du vésicatoire se présente dans les circonstances que je viens d'indiquer, 1° de me servir d'un large emplâtre (1 décimètre au moins) et de le laisser en place assez de temps pour que l'épiderme soit bien soulevé sur toute la surface qu'il recouvre ; 2° de ne point enlever l'épiderme, mais de me borner à donner issue à la sérosité, et à recouvrir avec du coton cardé la partie préalablement enduite d'une légère couche

d'huile. Dans ces conditions, le vésicatoire occasionne fort peu de douleur, ce qui permet d'en appliquer immédiatement un second, et même un troisième et un quatrième si les circonstances me paraissent l'exiger.

Le vésicatoire appliqué selon cette méthode sur les parois de la poitrine, rend aussi des services signalés dans la période de déclin des péripneumonies aiguës, pour activer la résolution de l'engorgement pulmonaire. J'ai coutume d'y recourir alors seulement que l'éréthisme vasculaire s'éteint, que l'état fébrile commence à fléchir, et que l'auscultation permet de constater un commencement de râle de retour (*ronchus redux*) vers la limite des parties passées au degré d'hépatisation.

Certaines pneumonies à forme congestionnelle, que l'on observe assez fréquemment chez les vieillards, débutent quelquefois par un raptus tellement violent, que l'ouverture de la veine ne suffit pas toujours pour l'arrêter avant qu'il se transforme en une véritable apoplexie pulmonaire. Une révulsion énergique, instantanée, peut seule enrayer les accidents et en prévenir les graves conséquences; on l'obtient en couvrant les extrémités de larges sinapismes dont on prolonge, s'il le faut, l'action jusqu'au point où la vésication deviendrait imminente, sans toutefois la pousser jusqu'à ce degré. On peut encore, dans le même but, recourir aux ventouses sèches, qu'on laisse en place une heure et plus.

La sinapisation est encore indiquée pour combattre les douleurs pleurodyniques qui accompagnent certaines formes de bronchites, et qui s'observent notamment sous l'influence de la constitution *grippale*. Dans ce cas, la moutarde doit être appliquée directement sur les parties qui sont le siége de ces douleurs locales.

J'ai déjà signalé l'indication principale de l'emploi des frictions d'huile de croton. J'ajouterai seulement qu'on doit rarement y recourir dans la période aiguë de la phlegmasie bronchique, et que c'est surtout vers son déclin qu'il se montre efficace. Les frictions sont faites, soit avec de l'huile pure, soit avec un mélange de partie égale d'huile d'amandes douces, chez les sujets irritables, à peau fine et délicate. Je n'ai jamais observé d'action purgative, même chez les enfants, mais, par contre, j'ai souvent observé le développement de l'éruption sur la peau des organes génitaux et parties avoisinantes. Si une seule friction ne suffit pas, on en fait une seconde; il est rare qu'on soit obligé d'en venir à une troisième. Aussitôt que l'éruption vésiculo-pustuleuse est établie, on étend, à l'aide d'une plume, une légère couche d'huile d'amandes ou de

glycérine sur la partie qui en est le siége et on la recouvre de coton pour la garantir du contact de l'air. Quand elle s'éteint, on peut la raviver si les circonstances qui ont motivé l'emploi de ce moyen indiquent qu'il sera utile d'en prolonger l'action.

Indépendamment des agents thérapeutiques dont je viens d'esquisser les principales indications dans le traitement des phlegmasies aiguës de la poitrine, il y a encore un certain nombre de moyens d'une efficacité reconnue, qui trouvent chaque jour leur application dans la pratique, pour combattre ces mêmes affections; telles sont les petites saignées locales, les préparations de digitale, les antimoniaux, etc., etc. — Mais, comme leur emploi s'applique plus spécialement aux formes chroniques des maladies de l'appareil respirateur, je me réserve d'en examiner les indications dans un prochain article, où je passerai en revue la thérapeutique de ces affections.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement du pied-bot varus équin, dans les cas difficiles.

Par X. Delore, chirurgien en chef (désigné) de l'hôpital de la Charité de Lyon.

L'étude de l'anatomie pathologique des pieds-bots est peu encourageante pour le chirurgien qui désire en commencer le traitement. Plusieurs obstacles s'opposent, en effet, au redressement. Ce sont:

1° Les tendons, dont la rétraction permanente exagère souvent la difformité. On en triomphe, grâce aux sections sous-cutanées;

2° Les ligaments et les aponévroses, qui résistent avec une ténacité extaordinaire. C'est contre eux qu'on dirigera les mouvements brusques et violents qui sont souvent indispensables dans les cas difficiles;

3° Les os, par leur déformation, sont une force passive avec laquelle il faut compter. Ils retardent singulièrement la guérison et exposent à la récidive.

L'action lente des machines permet de remédier peu à peu aux altérations du squelette. Ces organes résistent difficilement à des pressions ou à des tractions continues. Chez l'enfant, le rétablissement de la forme est plus facile, à cause du rapide développement du système osseux. Les difficultés sont plus grandes chez l'adulte; mais cependant on peut trouver une ressource dans la nutrition osseuse, qui, s'exécutant principalement à la surface,

rend plus malléables les points où s'attachent les ligaments et où les surfaces sont fortement pressées les unes contre les autres. Le fait que je relate dans ce travail est une preuve péremptoire de l'opinion que je viens d'avancer, à savoir : qu'on peut rendre aux os leur forme naturelle, malgré le développement complet du squelette.

Je me propose d'examiner la série des moyens employés dans le traitement du pied-bot varus équin, et surtout de faire connaître les appareils aussi simples qu'ingénieux imaginés par M. Blanc pour remédier à cette difformité.

D'après M. Bonnet, l'appareil qui a été le point de départ de tous les autres est le sabot de Venel.

Depuis lors, plusieurs autres ont été imaginés, et, je dois le dire, ils remplissent parfaitement le but de leurs inventeurs, à qui ils ont fourni l'occasion d'obtenir de nombreuses guérisons.

Scarpa cherchait le redressement au moyen de lames d'acier dont il mettait à profit l'élasticité. Boyer fit construire également un appareil très-complet. Nous avons encore ceux de MM. Stromeyer, Duval et J. Guérin. Quoique tous ces appareils laissent peu de chose à désirer sous le rapport du perfectionnemeut de leur mécanisme et des ingénieuses inventions qu'ils réalisent, je pense qu'on ne lira point sans intérêt et sans profit la description des nouveaux appareils de M. Blanc, qui ont un cachet incontestable d'utile simplicité.

Les appareils de M. Blanc ont été autrefois décrits et figurés dans le dernier ouvrage de Bonnet. Mais depuis lors ils ont été changés, perfectionnés et simplifiés à un tel point, qu'ils méritent une description nouvelle. Jusqu'ici ils avaient eu plutôt pour but, ou du moins pour effet, de maintenir le redressement obtenu par les sections sous-cutanées et les manipulations. Depuis quelque temps, M. Blanc s'est surtout préoccupé de l'idée d'en obtenir un redressement continu.

Les moyens mis en usage sont le bandage amidonné et les appareils.

A. Bandage amidonné. — Le redressement sous le bandage amidonné constitue le premier temps et certainement une des innovations les plus importantes. Jusqu'ici, ce bandage n'avait été employé que pour maintenir la position obtenue. L'idée de l'appliquer au redressement est assurément très-heureuse. On y trouve, en effet, des avantages multiples : il est simple, les éléments s'en trouvent partout; il est solide et résistant, s'il a été appliqué avec soin; il peut se mouler sur toute espèce de pieds, même les plus

difformes. Chez le sujet de mon observation, il eût été impossible d'appliquer des planchettes. Une fois le bandage en place, on en pratique la section dans les points seulement où l'on veut obtenir du mouvement : ainsi, par exemple, si l'on veut obtenir le renversement en dehors, on fait une incision horizontale en dedans. Pour un pied-bot, le bandage devra remonter jusqu'au-dessous du genou ; à la partie supérieure seront insérés des points d'attache.

M. Berne est le premier qui ait fait usage du bandage amidonné pour obtenir le redressement progressif. Au mois de juillet 1861, il fit publier un mémoire sur cette question par M. Tripier, son interne. M. Berne préférant le redressement lent, M. Blanc, pour remplir cette indication, a imaginé les appareils suivants, qui s'adaptent fort bien au bandage amidonné.

B. *Premier appareil* (fig. 1). — Le pied et la jambe sont entourés d'un bandage amidonné A. Une courroie passe autour des

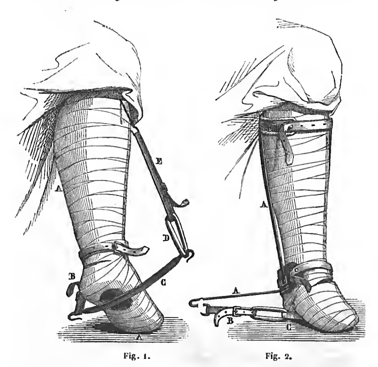


Fig. 1. Fig. 2.

malléoles et se boucle à la partie interne du pied B. Un levier de 25 centimètres de long et de 5 centimètres de large C, muni de deux crochets à ses extrémités, s'engage, d'un côté dans la courroie cir-

culaire, sous la plante du pied, en dedans, tandis que l'autre côté est tiré en haut par des anneaux en caoutchouc D, qui s'attachent à la partie supérieure du bandage au moyen d'une courroie E et d'un crochet.

Le but de cet appareil est *d'abaisser le bord interne du pied, et d'élever son bord externe.*

Deuxième appareil (fig. 2). — Avec lui, M. Blanc se propose de porter la totalité *du pied en dehors.*

Une tige de fer A, parallèle à la jambe, est appliquée au côté externe ; son extrémité supérieure est fixée par une courroie au niveau de la jarretière. De son extrémité inférieure, munie d'une plaque assez large qui s'applique au-dessus de la malléole externe, part une tige qui se porte au dehors et se termine par un crochet auquel on attache, au moyen d'une courroie B, des anneaux de caoutchouc qui sont fixés à la courroie circulaire C précédemment indiquée.

Les appareils que je viens de décrire sont destinés à combattre la difformité du pied varus ; ils ne font rien pour l'équinisme. Le suivant, qui, pourrait, à la rigueur, s'adapter en même temps que les autres, a pour but de produire la *flexion du pied.*

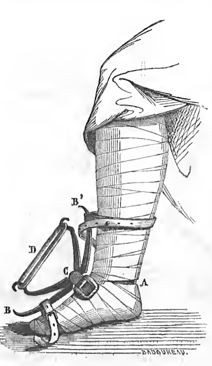


Fig. 3.

Troisième appareil (fig. 3). — Ce mouvement s'obtient au moyen de deux V métalliques articulés ensemble, par leur sommet C, au niveau de la jointure tibio-tarsienne. Une branche est fixée au pied B, une autre à la jambe B' ; et les deux autres branches, étant rapprochées l'une de l'autre au moyen de caoutchouc D, produisent la flexion. A indique la coupure du bandage.

Quatrième appareil. — L'appareil suivant (fig. 4.) a pour but de *produire l'abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied.*

Pour cela, le pied est attaché sur une semelle A brisée en B, au niveau de l'articulation de l'avant-pied et de l'arrière-pied. Deux tiges C, C, fixées, l'une sur la partie antérieure, l'autre sur la partie postérieure, s'élèvent au côté externe de cette semelle ; elles reçoivent à leur extrémité des anneaux de caoutchouc E qui tendent à les rapprocher en produisant l'effet désiré.



Fig. 4.

Cet appareil, ainsi que le suivant, n'est point destiné à s'adapter à un bandage amidonné.

Cinquième appareil. — Ce dernier appareil (fig. 5). résume l'action de tous les autres : il permet au malade de marcher, ce qui est très-important, car le poids du corps peut concourir à la guérison. Mais il n'est applicable que lorsque déjà la forme se rapproche de l'état normal. Son but est donc de *perfectionner le redressement.*

Il est essentiellement constitué par une semelle A A et une tige de fer articulée avec elle, B. La *tige* s'attache, au moyen d'un collier métallique, au-dessous du genou. L'*articulation* se trouve au niveau de la malléole interne, et permet des mouvements dans tous les sens : flexion et rotation en dedans. La *semelle* est en bois solide ; elle est munie d'un contrefort qui contourne le talon et se prolonge en dedans, jusqu'à la naissance du gros orteil. Le pied est assujetti sur elle, non par des courroies, mais d'abord au moyen d'une guêtre qui attire le talon en bas, et surtout par un levier qui agit avec l'intermédiaire d'une pelote et qui comprime le coude-pied, de façon à effacer la concavité plantaire. Ce levier C a son point fixe sur le bord externe de la semelle, et se relie sur le bord interne,

au moyen d'une eourroie. On peut même placer un seeond levier, pour presser, s'il est besoin, au niveau de la naissance des orteils.

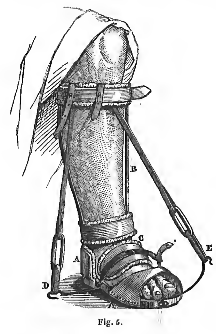


Fig. 5.

Ce levier, vraiment digne de remarque, a été imaginé par M. Blanc, il y a huit ans environ. Il l'applique dans tous les eas où il faut saisir ou le pied ou la main. Il est d'un effet plus positif que la courroie, dont la pression est souvent illusoire.

De plus, on produit la rotation de la semelle en dehors au moyen d'une longue tige D attachée perpendieulairement au bord externe, et la flexion avec une tige semblable E plaeée horizontalement en avant. Ces deux tiges sont tirées en haut par des anneaux de caoutchoue reliés au collier supérieur au moyen de eourroies. Le point d'appui de eette double traction est done pris sur l'appareil lui-même.

Ainsi cet appareil produit d'une manière eontinue la flexion, la rotation du pied en dehors, en même temps qu'il tend à effacer la concavité plantaire et qu'il permet au malade de marcher. — C'est grâee à l'ensemble de tous les moyens que je viens d'énumérer que nous avons obtenu le redressement dans un eas extrêmement difficile.

Je ne veux point faire la critique des apparails anciennement connus. Toutefois il m'est possible d'affirmer qu'ils sont dispendieux pour la plupart ; leur prix doit s'élever à plus de 100 francs, tandis que le prix des appareils de M. Blanc peut varier entre 10 et 50 francs. De plus, ees anciens appareils blessent fréquemment ; et, quoiqu'ils aient l'intention de produire le même résultat, ils prêtent fréquemment à l'illusion : le pied n'est pas exactement saisi et tourne facilement.

On pourrait peut-être, au sujet de ces appareils, soulever une question de priorité. MM. Rigal, de Gaillac, et Duchenne, de Boulogne, ont employé le caoutchouc pour faire des muscles artificiels ; mais, outre que cette substance est employée depuis fort longtemps dans la pratique de l'orthopédie lyonnaise pour remplir le rôle de muscle, il faut reconnaître que M. Blanc a fait une très-ingénieuse innovation en rendant la traction continue beaucoup plus énergique qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Pour cela, il la place aux extrémités de longs leviers en fer, qui sont éminemment favorables pour développer sa puissance.

Voici maintenant un nouveau fait clinique à l'appui des services que ces appareils sont destinés à fournir à la pratique.

Obs. — *Double pied-bot varus équin et plantaire, chez un homme de vingt-huit ans. — Traitement pendant un an. — Guérison.* — Jules Fontaine, âgé de vingt-huit ans, entre le 15 novembre 1860, salle saint Sacerdos, numéro 59. Ce jeune homme est affecté de deux pieds-bots pour lesquels il a déjà subi une opération à l'âge de douze ans; mais le résultat fut complétement nul, comme le prouve le degré extrême de la difformité. Depuis quatre ou cinq ans environ, la préoccupation constante de ce jeune homme est de se faire guérir; mais, malgré ses sollicitations, aucun chirurgien ne s'est décidé à entreprendre le traitement, à cause des difficultés considérables qu'on doit nécessairement rencontrer. Le désir très-vif du malade est encore stimulé par sa profession de cordonnier, qui lui rappelle à chaque instant la difformité dont il est affecté. Il est, du reste, doué d'une grande énergie de caractère. Mais toutes ces considérations ne m'eussent point décidé à commencer le traitement, si je n'eusse pu compter sur la coopération intelligente et désintéressée de M. Blanc.

Les deux pieds sont identiques; mais, par suite des mouvements que le malade a imprimé, chaque jour à son pied droit, il est un peu plus mobile que le pied gaucho.

Description. — Le pied est complétement tourné en dedans; la malléole interne est cachée; la malléole externe est, au contraire, saillante; le talon, porté en dedans, est relevé par la rétraction du tendon d'Achille. Le pied, au lieu d'être dans une direction postéro-antérieure, est fortement courbé à sa partie médiane, et la pointe est tournée en dedans, de façon que, lorsque le malade est debout, les deux pieds se touchent par l'extrémité des orteils; et leurs moitiés antérieures sont sur une même ligne, allant de droite à gauche.

Face dorsale du pied devenue externe et antérieure. — Elle est convexe, et présente une grande courbure; elle est beaucoup plus grande qu'à l'état normal, n'étant point limitée par la jambe, et s'étendant des orteils au talon. C'est sur cette face et à sa partie inférieure que repose le poids du corps; en cet endroit la peau est épaissie et calleuse, à cause de la marche; le point d'appui est tout

à fait dans l'axe de la jambe; il correspond au cuboïde; l'extrémité inférieure du calcanéum est à 3 centimètres plus haut. Ainsi une partie de cette face est également devenue inférieure.

Bord externe du pied devenu inférieur. — Le cinquième orteil fait un chevauchement sur le quatrième, du côté de la face dorsale; d'autre part, le calcanéum est courbé en dedans, de telle sorte que ce bord prend la forme d'un S bien marqué. La partie antérieure de ce bord repose également sur le sol, mais d'une manière accessoire.

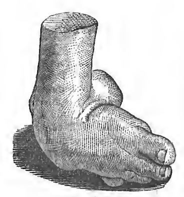


Fig. 6. Avant le traitement.



Fig. 7. Après le traitement.

Face plantaire devenue interne et postérieure. — Fortement incurvée, cette face est très-rétrécie; elle présente deux sillons profonds; le premier, horizontal, sépare les saillies musculaires du bord interne et externe du pied; en arrière, il rencontre un autre sillon vertical profond, qui est formé par la courbure de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Cette face est donc rétrécie dans le sens vertical, et transversalement incurvée.

Bord interne devenu supérieur. — Un peu incliné de haut en bas et d'arrière en avant, ce bord présente, au niveau du premier cunéiforme, un sillon antéro-postérieur qui se continue avec le sillon vertical de la face plantaire et qui est dû à la même cause.

L'extrémité postérieure ne présente de particulier que la rotation, en dedans, du calcanéum.

A l'extrémité antérieure, les orteils chevauchent tous les uns sur les autres; ils sont verticalement disposés et aplatis dans ce sens.

Le mollet est complétement absent; les mouvements sont à peu près nuls, sauf un peu au pied droit.

Le malade est d'une robuste constitution.

Première opération (23 novembre). — On opère les deux pieds en même temps; après avoir éthérisé le malade, à l'aide du ténotome, on sectionne le tendon d'Achille, le jambier antérieur, l'apo-

névroso plantaire et tous les muscles et ligaments jusqu'aux os, au niveau de l'angle de la face plantaire.

Cette triple section étant faite, on exerce des mouvements violents de redressement, et on ne s'arrête que lorsqu'on sent et qu'on voit la peau de la région plantaire prête à se déchirer. On place alors le pied dans un bandage amidonné, pour le soumettre à un repos absolu, tout en conservant le léger redressement obtenu.

24 novembre. — Le malade a souffert, mais d'une manière supportable ; la douleur est répartie en beaucoup d'endroits différents. Il n'y a pas eu de fièvre, et l'appétit est promptement revenu.

Au bout de trois semaines, les souffrances étant complétement nulles, on coupe le bandage en dedans, et on exerce une rotation en dehors au moyen du premier appareil à traction continu précédemment décrit, ce qui n'empêche pas le malade de se lever et de marcher avec des béquilles.

Le 15 janvier, on enlève ces appareils ; on constate un progrès sensible dans la forme des deux pieds. Le malade se repose quelques jours, exécute des mouvements, et fait des frictions fortifiantes.

Deuxième opération (28 janvier). — Elle consiste en une incision sous-cutanée attaquant toute l'épaisseur des parties molles qui séparent les os des téguments au niveau de la concavité plantaire. Cette section porta seulement sur le pied gauche, qui est plus difficile à redresser que le pied droit. Puis on exerça des manœuvres violentes de flexion et de rotation en dehors. Cela fait, on place les pieds dans des bandages amidonnés. Après quelques jours de repos, on coupe ces bandages, et on fait agir les appareils à redressement.

Troisième opération. — Au commencement du mois d'avril, avec section sous-cutanée, manœuvres et application de bandages.

Quatrième opération, le 20 mai ; en tout semblable à la précédente.

Cinquième opération. — Le 1er juillet, une seule section sous-cutanée est pratiquée au pied gauche.

Sixième opération. — Au commencement d'août, avec ténotomie aux deux pieds. On peut depuis longtemps employer les appareils avec planchette, dont la traction est plus efficace encore que celle qu'on exécute sous le bandage amidonné, grâce au levier courbe qui saisit exactement ce pied.

Le malade sort le 14 septembre ; il rentre le 20 octobre.

Septième opération, le 10 novembre. Elle consista seulement à pratiquer des mouvements violents sur le pied gauche. Le malade quitte alors définitivement l'hôpital, au commencement de décembre. Il a donc été en traitement pendant un an ; et sans aucune interruption les appareils à traction continue ont fonctionné. Voici actuellement dans quel état il se trouve :

Le pied possède, à peu de chose près, la forme d'un pied normal ; sa plante repose complétement sur le sol ; c'est à peine si l'on retrouve quelques traces de cette saillie dorsale qui supportait autrefois le poids du corps ; la malléole interne est légèrement saillante.

Le pied s'est développé et ne paraît point atrophié. Tous les mouvements s'exécutent bien, et il est impossible de ramener le pied à sa position vicieuse; toutefois la flexion ne peut aller au delà de l'angle droit. Sans cette difficulté de la flexion, qu'on peut encore espérer vaincre à la longue, le malade marcherait parfaitement. En ce moment, il peut supporter la marche pendant quatre ou cinq heures de suite sans grande fatigue. Il chausse des souliers fabriqués comme ceux de tout le monde. Il a été si heureux d'y introduire ses pieds pour la première fois, qu'il a éprouvé une syncope légère. Pour conserver le résultat obtenu et le perfectionner même, on a adapté à ses souliers deux montants latéraux qui empêchent la torsion en dedans, un levier qui presse sur la région dorsale, et des anneaux de caoutchouc qui tirent l'avant-pied en haut et tendent à le redresser.

Les mollets commencent à devenir apparents.

Actuellement, six mois après l'opération, J. Fontaine marche pendant huit heures, sans éprouver la moindre fatigue, et la gène la démarche a complétement disparu.

Réflexions. — La guérison de Jules Fontaine est assurément une des plus remarquables qui aient été obtenues. L'âge du sujet, sa force exceptionnelle, tout contribuait à rendre le cas des plus difficiles. Après ce fait, il est donc permis de penser qu'il n'est pas de pied-bot incurable lorsqu'on rencontre un sujet très-désireux de guérir, et qu'on possède des appareils aussi puissants que ceux dont j'ai donné plus haut la description.

Qu'on ne se figure pas, toutefois, que les opérations que nous avons fait subir à cet homme étaient peu de chose : sans elles, j'en suis convaincu, les machines eussent été insuffisantes. On commençait par des sections sous-cutanées, qui allaient habituellement jusqu'aux os, et qui eussent été suivies parfois d'hémorragies considérables, si on n'eût pas pris pour les prévenir d'utiles précautions. Les sections faites, on saisissait les pieds et on leur imprimait des mouvements violents et gradués de redressement pendant une demi-heure, à chaque pied à la fois. Sept à huit personnes épuisaient tour à tour leurs forces dans ces tentatives énergiques. Puis, pendant l'application du bandage amidonné, on avait grand soin de conserver le redressement obtenu. Jamais, je puis l'affirmer, le moindre accident ne fut la conséquence de ces efforts excessivements violents. Seulement, le malade souffrait pendant un jour ou deux, et tout rentrait dans l'ordre.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Sirop contre l'enrouement.

L'enrouement est un symptôme qui persiste quelquefois un si long temps, qu'il préoccupe beaucoup les malades. M. Mialhe conseille de le combattre, dès son début, par l'emploi du sirop suivant :

Sirop de gomme......................	150 grammes.
Sirop de Tolu..........................	50 grammes.
Sirop de capillaire....................	50 grammes.
Nitrate de potasse.....................	10 grammes.
Eau de laurier-cerise..................	10 grammes.

A prendre par cuillerée à bouche dans une tasse d'infusion chaude de feuilles de mélisse, que l'on boira par gorgées fréquentes, de façon à prolonger le contact du médicament.

Mixture contre les névralgies faciales.

De tous les moyens recommandés contre la névralgie faciale, nous n'en connaissons pas de plus simples que celui dont se sert M. Henri Guéneau de Mussy. Voici sa formule :

Alcoolat de mélisse....................	4 grammes.
Teinture d'aconit......................	2 grammes.
Chloroforme pur.......................	1 gramme.

En frictions sur les gencives.

Injection astringente très-efficace.

Le mélange suivant se recommande seulement par la posologie des divers agents qui le composent, car rien de plus vulgaire que leur association. Mais l'expérience nous a démontré que cette injection donne d'excellents résultats :

Pr. Eau de rose..........................	200 grammes.
Extrait de ratanhia...................	2 grammes.
Laudanum de Sydenham...............	1 gramme.
Sulfate de zinc........................	1 gramme.

En injections, trois fois par jour, trois jets de seringue chaque fois.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur l'emploi du révulseur de M. Ch. Baunscheidt [1].

Par M. le docteur A. Le Roy de Méricourt, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

L'application du révulseur, en ayant la précaution de graduer la saillie des aiguilles suivant le plus ou moins d'épaisseur des tissus de la région sur laquelle on agit, ne détermine qu'une douleur insignifiante. Elle a été comparée, avec raison, à la sensation que produit une légère percussion de la peau à l'aide d'une brosse rude. J'ai pu rapidement faire jouer un assez grand nombre de fois l'instrument chez de très-jeunes enfants, même sur des régions où la sensibilité est assez vive, sans amener de pleurs. On fera cependant bien de ne pas laisser voir les aiguilles à l'enfant avant de commencer la petite opération.

Les effets ci-dessus énumérés sont susceptibles de beaucoup varier, sous le rapport de l'intensité et de la rapidité de leur production, suivant la région, le plus ou le moins de vascularité de la peau, et, par conséquent, suivant l'âge et le sexe.

Chez les enfants, les femmes, les hommes jeunes, les résultats sont plus immédiats et plus prononcés. Ce sera l'inverse chez les personnes âgées, amaigries, anémiques, ainsi que sur les régions où la rubéfaction apparaît moins facilement.

Le plus souvent, pour chaque application du disque armé de ses aiguilles, on voit, sur les peaux fines, poindre un certain nombre de très-petites gouttelettes de sang, indiquant le passage de quelques-unes des aiguilles à travers les tissus. Il ne faut pas oublier l'énorme différence qui existe entre le diamètre des aiguilles du révulseur et les pièces microscopiques qui composent l'aiguillon du *culex pipiens*.

Presque immédiatement, une légère nuance rose dessine, sur le fond de la peau, l'empreinte du disque du révulseur. Si on enduit alors cette surface d'une couche de l'huile de M. Baunscheidt, on voit, ordinairement, après deux ou trois minutes, chacune des piqûres faites par les aiguilles être le siége d'une petite vésicule arrondie ; si on laisse à ces vésicules le temps de se développer, elles ressemblent exactement, pour les dimensions, la forme et même la

[1] Suite, voir la précédente livraison, p. 342.

disposition, aux œufs de vers à soie déposés sur une feuille de papier. Elles sont cependant un peu moins rapprochées entre elles.

Si on a opéré sur une peau à réaction prompte et énergique, au bout de quelques heures, non-seulement les surfaces sur lesquelles l'instrument a agi sont le siége d'un érythème vésiculeux, mais encore les portions de la peau qui les séparent offrent le même phénomène qui, quelquefois, s'étend de beaucoup au delà des limites de l'action du révulseur. Toutefois, dans les intervalles, les vésicules sont beaucoup plus discrètes. Une éruption confluente peut se développer le lendemain, et la réunion des vésicules forme alors une seule phlyctène remplie de sérosité lactescente, qui finit par se rompre au moindre attouchement, comme le ferait celle d'un vésicatoire. Ce résultat se présente particulièrement à la suite de deux décharges du révulseur derrière les oreilles chez les jeunes sujets. Sur les membres (à leur face externe surtout), sur la poitrine, chez les hommes, même chez les femmes, quand elles sont anémiques, la rougeur est insignifiante et sans durée, les vésicules tardent à apparaître, elles sont discrètes, peu remplies et se dessinent tout au plus en nombre égal à celui des aiguilles du disque.

Il m'est impossible d'admettre avec M. Lipkau que les éruptions soient, pour ainsi dire, en raison inverse de la santé. Je crois plutôt le contraire. D'ailleurs, le passage suivant de sa brochure contient une contradiction flagrante : « Ainsi, dit-il, chez *les personnes malades*, elles (les éruptions) apparaissent et se développent promptement, atteignent leur maximum de volume ; chez l'individu bien portant, leur apparition et leur fuite sont très-rapides ; le développement est peu considérable. *Chez les personnes faibles, délicates, dont l'énergie vitale des organes est émoussée et se prête peu aux réactions*, ces éruptions ne se produisent que lentement et se développent peu. » M. Lipkau, qui est médecin, n'aurait pas dû donner à entendre que le révulseur de M. Baunscheidt pût servir à mesurer le degré de gravité de la maladie ; qu'il fût une sorte de *biomètre*, comme le dit M. Baunscheidt. Sans doute, si ce résultat était réel, il cadrerait admirablement avec la théorie médicale que M. Lipkau paraît avoir si ardemment embrassée : les vésicules qui constituent l'éruption étant remplies des principes morbifiques accumulés dans l'organisme par les refroidissements de la surface cutanée, plus l'éruption sera confluente, plus les vésicules seront gorgées de suc, plus la maladie doit être sérieuse et le résultat thérapeutique efficace. C'est le raisonnement que nous entendons chaque jour faire par les malades, les personnes qui les entourent, à l'occasion

de l'abondance de la suppuration d'un vésicatoire ou d'un cautère. Mais les systèmes doivent fléchir sous la puissance des faits et de l'observation. Jamais, depuis que je me sers de l'instrument de M. Baunscheidt, je n'ai rencontré d'éruption plus rapide, plus confluente que lors de son application derrière les oreilles chez des enfants atteints de conjonctivites, mais en parfaite santé d'ailleurs, tandis que chez une petite fille de dix-huit mois, très-gravement malade d'une pneumonie lobulaire consécutive à une rougeole, de nombreuses décharges du révulseur, à la partie interne des cuisses et des jambes, ne furent même pas suivies d'érythème; dans ce cas, il existait déjà une perturbation très-grande dans la circulation. La vérité est que, pour ce moyen de révulsion, comme pour tout autre agent de même nature, la rubéfaction, la rapidité d'apparition et la durée de l'éruption sont en rapport avec la vascularité et l'excitabilité des tissus.

Admettant les idées de M. Baunscheidt, M. Lipkau serait très-disposé à croire que le liquide qui remplit les vésico-pustules est d'une nature toute particulière; pour nous, c'est exactement le même que celui qui apparaît à la suite des frictions avec l'huile de croton tiglium ou la pommade stibiée.

L'action de l'huile irritante varie d'intensité d'après la profondeur à laquelle pénètrent les aiguilles, la susceptibilité de la peau, la durée de la friction, etc.; mais il n'y a qu'une corrélation *indirecte* entre les effets qu'elle détermine et les *divers états des corps malades*.

Il était important de s'assurer si l'*oleum Baunscheidtii* avait une action spéciale et si elle ne pouvait pas être remplacée par un autre topique irritant. Dans ce but, j'ai fait préparer un mélange de 1/3 d'huile de croton tiglium et de 2/3 d'huile d'olive. Sur deux malades de la salle 10 de l'hôpital de la marine, l'un atteint de lombago, l'autre de bronchite chronique, nous avons commencé à la visite du matin, le 28 mars, en présence du personnel du service, des essais comparatifs. Ces deux hommes, encore jeunes, étaient sans fièvre et ne présentaient pas d'altération notable de la constitution, l'aspect de la peau donnait lieu de présumer une réaction prompte et énergique. Le révulseur a été appliqué un même nombre de fois chez ces deux malades, sur les régions latérales de la colonne vertébrale (chez l'un, entre les deux épaules, chez l'autre, à la région lombaire). Dans les deux cas, immédiatement après les décharges de l'instrument, dont les aiguilles avaient été essuyées préalablement avec soin et enduites d'huile d'olive, on fit du côté droit deux frictions de même durée, l'une avec un pinceau trempé dans l'huile de M. Baunscheidt,

l'autre avec un second pinceau trempé dans le mélange indiqué ci-dessus, du côté gauche. Les parties furent recouvertes de ouate. Chez les deux hommes, des deux côtés, le résultat immédiat fut l'apparition d'un érythème vésiculeux, dépassant de beaucoup les limites des surfaces piquées et dessinant, par des plaques d'un rouge vif, le contour de l'orifice inférieur de l'instrument. L'éruption a présenté des caractères identiques des deux côtés, tant sous le rapport de la forme et du volume des vésico-pustules que sous celui de leur confluence. Le quatrième jour, la dessiccation était complète et une légère desquammation commençait.

A partir de cette expérience, je me suis cru autorisé à n'attribuer aucune qualité spéciale à l'*oleum Baunscheidtii*, j'ai mis en usage indifféremment, à la salle 10, ce topique irritant et le mélange indiqué. Dans le service de la salle 15 (salle des mousses), j'ai continué à me servir exclusivement de l'huile de M. Baunscheidt. En diminuant ou en augmentant les proportions d'huile de croton tiglium, on peut varier, à volonté, l'activité du mélange.

La production de l'éruption est suivie d'une sensation de chaleur et de démangeaison assez vive et très-variable, suivant un grand nombre de circonstances que l'on comprend sans peine. Chez des jeunes femmes nerveuses, il peut en résulter un léger mouvement fébrile accompagné d'agitation. Les applications faites entre les épaules, ou à la région lombaire, n'empêchent pas le malade de garder le décubitus horizontal. Après la dessiccation il survient souvent une éruption secondaire de boutons d'*acné* ou de petits furoncles, comme cela se présente également après la dessiccation des vésicatoires volants.

J'ai eu lieu de noter que l'action du révulseur, sur les parties qui ont été récemment le siége d'une éruption artificielle, échoue le plus ordinairement, ou n'amène que des résultats très-imparfait, comparativement à ceux de la première application. Cette remarque s'applique aussi aux effets d'un vésicatoire posé sur une portion de la peau qui a été soumise, peu de temps avant, à l'action du même topique. Après une légère desquammation de quelques jours de durée, la trace des effets du procédé de révulsion de M. Baunscheidt disparaît complétement.

D'après ce qui précède, nous ne pouvons que nous associer aux conclusions auxquelles est arrivé l'honorable M. Gibert, en comparant l'emploi de ce nouveau moyen à celui des divers agents de la médication révulsive usités jusqu'à ce jour.

Avec le révulseur on évite : « la néphrite et la cystite canthari-

diennes, la gangrène, la diphthérie consécutives aux vésicatoires chez les enfants ; la suppuration excessive ; ajoutons la douleur intolérable du sinapisme, du cautère actuel, du marteau de Mayor, les cicatrices indélébiles de l'émétique, des exutoires prolongés, leur action sur la nutrition des membres qui en sont le siége.

« Sans parler de la répugnance, de l'effroi que la plupart de ces moyens inspirent dans la pratique civile, nous pouvons noter, dans les cas pressants, la lenteur d'action, l'insuffisance par l'impossibilité de répéter d'une façon trop rapprochée et très-étendue leur application, la douleur et la difficulté des pansements, surtout chez les femmes et les enfants [1]. »

Ces avantages sont surtout très-appréciables dans la pratique des campagnes. Trop souvent, il faut franchir de grandes distances pour se procurer les topiques nécessaires; en l'absence du médecin, qui ne peut rapprocher ses visites, ses prescriptions ne sont pas exécutées ou le sont incomplétement. Dans un grand nombre de cas où la médication révulsive est surtout indiquée, il faut une action immédiate, énergique : avec le révulseur, le praticien peut, en quelques instants, obtenir l'effet local qu'il désire ; il peut, jusqu'à un certain point, le graduer à sa volonté.

Ce serait, je crois, exagérer la pensée de M. Gibert que de voir dans le passage précédent la condamnation définitive de *tous* les moyens usités de révulsion, auxquels l'instrument de M. Baunscheidt devrait être substitué. Plusieurs de ces moyens ont un mode d'action spécial, et sans tenir compte de la puissance de l'habitude, il faudrait des expériences comparatives très-longues, très-difficiles, pour ne pas dire impossibles, avant de prononcer entre la valeur du cautère et du séton, par exemple, et celle de la révulsion Baunscheidt, dans les différentes maladies contre lesquelles ces moyens seraient indiqués.

Au point de vue thérapeutique, il nous resterait à résoudre les questions suivantes : le procédé de M. Baunscheidt offre-t-il une supériorité évidente, incontestable sur les moyens de révulsion usités ? A-t-il une puissance curative propre qui s'étende à la généralité des maladies ? Est-il besoin de recourir à une théorie spéciale pour se rendre compte de son mode d'action ? En somme, M. Baunscheidt, qui serait *devenu aujourd'hui médecin d'arrondissement sur tout le rond de l'univers*, comme ça a été dit de lui

---

[1] Voyez le compte rendu de la séance du 18 février.

dernièrement dans un poëme cyclique, a-t-il doté l'humanité d'un moyen de guérison d'une efficacité merveilleuse?

En présence de l'enthousiasme que paraît avoir excité en Allemagne le *réveilleur de vie*, en parcourant cette masse imposante d'observations, de lettres élogieuses, d'attestations de médecins, bien que pour la plupart empreintes d'une exagération manifeste, on éprouve une sorte d'hésitation à venir troubler ce concert de louanges, surtout lorsqu'on ne peut encore mettre en ligne qu'un nombre très-limité de faits. Cependant, nous croyons, dès maintenant, devoir apporter notre tribut d'expérimentation, parce que nous avons cherché la vérité consciencieusement et qu'en appréciant, à sa juste valeur, le procédé de l'ingénieux mécanicien de Bonn, on peut rendre un véritable service à la pratique. Les promesses pompeuses du baunscheidtisme sont de nature à inspirer une grande défiance à tout médecin sérieux, qui abandonnerait par suite aux mains du charlatanisme un instrument appelé à rendre, dans certaines limites, de véritables services.

Nous ne tirerons parti, bien entendu, que des observations des malades chez lesquels nous avons exclusivement employé les frictions avec l'*oleum Baunscheidtii*; autrement, on serait en droit de nous reprocher de nous être placé en dehors des conditions d'une expérimentation rigoureuse.

Nos convictions médicales ne nous ont permis d'employer jusqu'à présent le *révulseur* que dans les cas où nous eussions mis également en usage un des modes usités de révulsion. Toutes les fois que nous avons cru pouvoir le faire sans préjudice pour les malades, nous avons suspendu l'emploi de tout autre moyen, pour ne pas compliquer le problème.

Dans une dizaine de cas d'ophthalmie de nature lymphatique (conjonctivite, sclérotite, kératite) chez des sujets de onze à quinze ans, les applications du *révulseur*, suivies d'une éruption confluente, derrière les oreilles et à la nuque, nous ont paru avoir une influence réellement favorable sur la marche de l'affection. Un de ces cas avait résisté aux différents traitements précédemment employés; il a été très-heureusement modifié après la troisième séance. Hâtons-nous de dire que les frictions faites aux mêmes endroits avec quelques gouttes d'huile de *croton tiglium* étendue, à partie égale, d'huile d'olive, sont recommandées par les meilleurs ophthalmologistes, par M. Sichel entre autres, contre les ophthalmies lymphatiques. Les effets du *révulseur* réunissent, d'ailleurs, les conditions suivantes que le savant auteur de l'*Iconographie* exige des révulsifs cutanés, pour qu'ils puis-

sent vraiment être utiles : « 1° Produire une irritation transitoire, mais capable de diminuer, en la déplaçant, celle qui siége dans le globe oculaire, sans toutefois être assez intense elle-même pour amener une réaction turbulente, une augmentation de la phlegmasie ou une congestion cérébrale, comme on le voit arriver souvent après la vésication imprudente du pourtour orbitaire ou du cuir chevelu et après l'ustion sincipitale ; 2° ne pas donner lieu à une sécrétion persistante trop abondante et trop prolongée, débilitante pour l'économie déjà affaiblie par une longue maladie et par la viciation des humeurs, suppuration qui, finalement, en devenant habituelle, et pour ainsi dire physiologique, perd toute efficacité thérapeutique en conservant ses seuls effets nuisibles, affaiblissants ou irritants [1]. » M. Baunscheidt a fait récemment paraître un ouvrage sur l'*Œil humain et ses maladies* [2], ce qui porterait à croire qu'il a été particulièrement frappé des résultats obtenus par sa méthode dans les affections de cet organe.

Plusieurs cas d'otorrhée chez des sujets lymphatiques ont été graduellement améliorés ; mais ici le traitement ayant été complexe, il nous serait impossible de faire la part des soins hygiéniques, du traitement de la diathèse et celle du *révulseur*.

M. Baunscheidt admet, d'après le docteur Pfeiffer, que : « *le refroidissement est l'origine de la grande classe des affections fluxionnaires et des fièvres rhumatismales, qui forment le fond de la plus grande partie des maladies* [3]. » C'est dans les cas de cette nature que sa méthode obtiendrait les succès les plus éclatants. La saison que nous venons de traverser et le climat de Brest nous ont fourni de nombreuses occasions d'essayer le *révulseur* sur des rhumatismes articulaires subaigus et pour des douleurs musculaires de nature rhumatismale. Nous avons le regret de déclarer que nous n'avons pas une seule fois obtenu de soulagement immédiat ni du-

---

[1] Voyez Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, p. 87.

[2] L'*Œil humain*, ses maladies et leur guérison d'après le baunscheidtisme, par l'inventeur de cette nouvelle méthode, Charles Baunscheidt, traduit sur la seconde édition de l'allemand. — Endenich, près Bonn, 1860. A propos de la *cure de l'hydropisie de l'œil*, p. 50, on lit dans ce petit livre : « S'il y avait de l'obstruction et qu'elle ne voulût pas céder, on prendrait 2 à 4 gouttes de mon huile dans un œuf à la coque demi-mou, après quoi on boirait un à deux verres d'eau de fontaine. » Nous voilà déjà bien loin du point de départ du baunscheiditisme, cette *méthode curative nouvelle sans médication interne*, qui ne cherchait qu'à imiter et perfectionner l'effet de la piqûre du bienfaisant *cousin !*

[3] Voyez *Der Baunscheitismus*, p. 18.

rable. Cependant, un de nos confrères nous a rapporté avoir fait très-rapidement disparaître une douleur ancienne et fort opiniâtre du muscle deltoïde chez un capitaine d'infanterie de ligne. Dans les cas que nous avons traités par ce moyen, nous ne nous sommes pas borné aux applications directes, mais nous avons également multiplié les décharges entre les épaules, lieu d'élection indiqué par M. Baunscheidt comme un foyer d'irradiation morbide. Dans les cas où l'amélioration a eu lieu, elle a été fort lente et elle pouvait être attribuée aussi bien au cours naturel de la maladie qu'aux meilleures conditions hygiéniques dans lesquelles les malades étaient placés.

Dans un cas de rhumatisme articulaire suraigu généralisé, chez une dame de trente-six ans, d'une très-forte constitution, qui tout à coup, au dixième jour de la maladie, offrit des phénomènes graves du côté du cerveau, une dyspnée extrême en même temps que disparaissaient la douleur et le gonflement qui avaient envahi toutes les articulations, le *révulseur* fut très-énergiquement appliqué aux deux mollets (80 décharges au moins sur chaque jambe). Malheureusement, le rhumatisme ne se localisa pas de nouveau aux articulations, les effets topiques (érythème, vésico-pustules) furent presque nuls, et le *réveilleur de vie* ne put empêcher cette pauvre dame de succomber neuf heures après l'emploi de ce moyen.

Une arthrite subaiguë, datant d'un mois, chez une jeune fille de treize ans, un peu lymphatique, mais cependant d'une forte constitution, n'a subi aucun changement à la suite de deux éruptions confluentes déterminées sur l'articulation malade. Des badigeonnages de teinture d'iode et la compression méthodique viennent d'amener la résolution.

C'est en vain que chez deux vigoureux matelots atteints de névralgie sciatique, de nombreuses décharges à la région lombaire et sur tout le trajet du nerf, ont produit l'éruption caractéristique. Il n'y eut aucun soulagement. Les vésicatoires volants, les injections de sulfate d'atropine, les bains sulfureux, les liniments au chloroforme avaient également échoué. La faradisation cutanée a obtenu, en quatre séances, une sédation complète de la douleur spontanée ou provoquée. Deux jeunes femmes anémiques, atteintes d'affections chroniques de l'utérus, vivement tourmentées de douleurs gastralgiques, n'ont retiré aucun soulagement de deux séances, l'instrument étant appliqué une fois (plusieurs décharges à chaque séance) à l'épigastre, et la seconde fois entre les épaules.

Huit phthisiques, au deuxième degré, ont supporté quatre et cinq

applications multiples (à 15 et 20 décharges chaque fois) entre les deux épaules, sans diminution de la toux ni de l'oppression.

Plusieurs cas de laryngite chronique simple ont été améliorés, à la suite d'une éruption confluente provoquée sur la région antérieure du cou ; mais des cas semblables étaient guéris aussi rapidement par des frictions d'huile de croton tiglium.

Jusqu'à présent, enfin, nous n'avons pas été assez heureux pour observer un seul résultat qui justifiât le cortége pompeux d'éloges avec lequel cette invention nous est offerte. Les effets thérapeutiques que nous avons vus se produire sont ceux que fournissent ordinairement les moyens révulsifs connus ; aussi n'y a-t-il pas lieu, à notre avis, de recourir à un système particulier pour s'en rendre compte. Nous ne suivrons donc pas sur le terrain des théories les apôtres du baunscheidtisme, bien qu'il y ait là ample matière à défrayer la verve d'un critique.

Nous croyons, avec M. Gibert, que le procédé du novateur de Bonn restera dans la pratique, à cause du peu de douleur qu'il cause, de son instantanéité d'action, de son application facile et de son innocuité ; mais le *réveilleur de vie* deviendra-t-il, comme le pense M. Baunscheidt, « *aussi usuel dans les familles que le moulin à café et les autres ustensiles de ménage* (1). » Nous ne le croyons pas et nous ne le désirons pas. Séduits par les éloges exagérés de la puissance de ce moyen, les *experts baunscheidtistes* (ils seraient déjà fort nombreux en Allemagne) pourront souvent laisser passer le moment opportun d'une médication mieux appropriée et donner à la maladie le temps de s'aggraver d'une manière irréparable. C'est le danger commun de toutes les panacées à l'usage de la médecine domestique. Nous en signalerons un autre : dans un avenir peu éloigné, le système Baunscheidt, qui offre de si attrayantes facilités à l'exercice illégal de la médecine, entraînera vers des empiriques effrontés cette classe toujours si nombreuse de pauvres malades sans cesse à la recherche de moyens nouveaux. Nous verrons le premier venu *baunscheidtiser* à tort et à travers, comme nous voyons, dans ce moment à Brest *une dame* répandre à profusion les bienfaits de l'électrisation. En résumé, nous engageons nos confrères à mettre à profit les avantages réels du ***révulseur***, mais à se défier des exagérations du ***réveilleur de vie***.

---

(1) Ouvrage cité, 8e édit., p. 118 : *Heffentlich wird meine letzte Beobachtung die sein, dass der Lebenswecker, wie die Kaffeemuhle, hausgeräthe ieder family sein wird.*

BULLETIN DES HOPITAUX.

Morts subites par embolie pulmonaire. — M. le professeur Velpeau vient de lire à l'Institut une note que nous nous empressons de placer sous les yeux de nos lecteurs.

Obs. Une femme, dit M. Velpeau, âgée de quarante-six ans, est entrée dans mon service à la Charité pour y être traitée d'une fracture comminutive de la jambe droite, le 9 mars 1862. Cette malade, d'une bonne constitution et d'un tempérament pléthorique plutôt que délicat, dit n'avoir jamais été sérieusement malade. On ne trouve dans ses antécédents, ni dans l'état général actuel rien qui puisse être considéré comme cause prédisposante à la coagulation sanguine dont elle a été victime. Il n'en est pas de même de la fracture, à laquelle on pourra peut-être rattacher la mort subite, indirectement, bien entendu, comme je le montrerai plus loin.

A son entrée à l'hôpital, la jambe était le siége d'un épanchement considérable : le volume du membre était notablement augmenté, si bien que sa circonférence dépassait de 11 centimètres celle du membre sain. Ce dernier mesurait 33 centimètres, et la jambe fracturée 44. Malgré la force de la violence extérieure, point do plaie aux téguments, aucune complication. Un appareil de Scultet, modérément compressif, fut appliqué le lendemain 10, ainsi que des compresses résolutives. A partir de ce jour, on put constater la résorption graduelle de l'infiltration ; la jambe diminuait sensiblement de volume de jour en jour, et, au bout de trois semaines, il fut possible d'appliquer un bandage dextriné. Cette application eut lieu le dimanche matin 30 mars ; elle fut bien supportée, quoique un peu douloureuse. Le lendemain 31, à la visite, la malade dit qu'elle a bien dormi et que sa jambe la fait moins souffrir. Rien alors n'indiquait que les choses dussent brusquement changer de face. A une heure, elle fut prise de violentes palpitations de cœur, poussa un cri, devint livide et tomba morte. Les palpitations n'avaient pas duré plus d'une à deux minutes.

L'autopsie fut faite vingt-huit heures après la mort : l'aspect du cadavre ne présente rien de très-spécial, si ce n'est une congestion marquée de la face et des parties déclives.

La fracture était comminutive : le tibia présente deux solutions complètes de continuité, une en haut, au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et une seconde en bas, à 13 centimètres de l'extrémité tarsienne. Il existe ainsi un fragment moyen complétement mobile, long de 22 centimètres. Le péroné n'est rompu qu'en un point, à 13 centimètres de son extrémité inférieure.

L'épanchement sanguin infiltre toute l'épaisseur des parties molles de la région.

Les veines du côté sain ne contenaient aucune trace de lésion, et l'on n'a pu y voir aucune concrétion sanguine. Il n'en était pas de même du côté malade. Les veines de la jambe droite, celles du côté

de la fracture, présentent de petites concrétions qui deviennent nettes et volumineuses dans la fémorale, la veine iliaque externe et commune, et jusque dans la partie inférieure de la veine cave. La fémorale est oblitérée par le coagulum. Celui-ci est exactement cylindrique, tantôt rouge foncé, d'autres fois rosé, et rappelant la coloration des caillots emboliques ; il est élastique, résistant et un peu adhérent à la face interne du vaisseau. Au niveau du point où la saphène s'abouche avec la fémorale, l'adhérence est plus complète. En ce point aussi, et dans une certaine longueur, sa coloration est encore moins rosée et se rapproche de celle qui est donnée comme caractère distinctif aux caillots actifs qui ne sont point survenus après la mort. A la partie supérieure de la veine fémorale et à la partie inférieure de la veine iliaque, il existe un coagulum dont j'ai mesuré exactement la longueur : 8 *millimètres*. Celui-là est beaucoup plus résistant que les autres, qui sont un peu spongieux, et commencent à subir une sorte de transformation régressive, ce qui prouve que ce ne sont pas des caillots *post mortem*.

La face interne de la veine jusqu'à la terminaison de l'iliaque ne présente pas de traces d'inflammation, si ce n'est toutefois au niveau de la saphène, où le caillot s'est déchiré plutôt que de se détacher de la paroi veineuse correspondante. De la veine cave inférieure au cœur, point de concrétion, rien que du sang liquide.

Le caillot qui a causé la mort est placé dans le tronc pulmonaire, il fait saillie dans l'infundibulum en formant une sorte d'anse ou de genou, et descend à 4 centimètres au-dessous des valvules sigmoïdes dans le cœur ; il occupe la lumière de l'artère à son origine, abaissant d'une manière complète une des sigmoïdes, avec laquelle il est en rapport par sa face postérieure. Ce caillot a une forme toute spéciale : il est pelotonné en forme de sangsue ; l'embolie est ainsi le résultat de l'enroulement du cylindre sanguin sur lui-même, et si elle oblitère la lumière du vaisseau, c'est en raison des espèces de circonvolutions qui la constituent, car sa largeur, que j'ai exactement mesurée, est loin d'égaler le diamètre de l'artère pulmonaire ; elle est de 8 millimètres et correspond, dans sa portion terminale du moins, à l'épaisseur du caillot qui se trouvait à la partie supérieure de la veine iliaque. Il semble ainsi qu'à un moment donné une portion du coagulum des veines inférieures se soit rompue au niveau de la veine iliaque ; il n'est donc pas étonnant que l'on trouve à la partie terminale du caillot pulmonaire les dimensions du caillot iliaque, puisque, d'après la théorie, cette portion du caillot correspondait à la veine iliaque avant le départ de l'embolie. La consistance du coagulum n'a rien de spécial ; sa longueur, autant que j'ai pu la mesurer, sans déplisser le coagulum, est d'environ 36 centimètres. Sa coloration n'est pas homogène. La partie qui correspond à l'anse saillante dans l'infundibulum est rosée ; à 3 ou 4 centimètres au-dessus des sigmoïdes, on trouve aussi une coloration rosée, absolument analogue à celle du caillot fémoral près de la saphène. Dans les autres points il est rouge foncé, à cause des concrétions qui se sont ajoutées après la mort au caillot embolique lui-même. Le caillot pénètre jusqu'à la bifurcation de l'artère pul-

monaire; à droite, il dépasse la première bifurcation de 3 ou 4 centimètres seulement; à gauche, le caillot devient, en quelque sorte, multiple et se ramifie jusque dans les bifurcations de deuxième ordre.

Quant aux poumons, ils étaient fortement engoués, surtout dans leurs portions antérieure et postérieure; mais ils étaient restés crépitants (observation recueillie par M. Gouraud, interne de service).

La pièce anatomo-pathologique présentée par moi lundi et l'observation qu'on vient de lire se rapportent à un ordre de faits dont l'importance n'a dû échapper à personne.

Quoique jusqu'ici ces faits n'eussent guère fixé l'attention, ils sont loin cependant d'être rares, d'être exceptionnels. En moins de deux ans, il en est venu à ma connaissance un nombre relativement considérable.

Une dame encore jeune, de la clientèle de M. Dutroulau, est soumise à la cautérisation de quelques hémorrhoïdes fluentes; pendant vingt-quatre heures tout va bien; surviennent alors, sans cause appréciable, une anxiété brusque, de l'étouffement, des angoisses insupportables, et la pauvre femme meurt en quelques heures: embolie pulmonaire. — Un jeune homme, que je voyais avec le professeur Trousseau, avait une inflammation de tout le bras; après l'ouverture de plusieurs abcès, il semblait entrer en convalescence; à notre visite de dix heures, un matin, nous le croyions hors de danger; une heure plus tard, il suffoque, appelle au secours, et meurt avant qu'aucun médecin ait le temps de revenir près de lui: embolie pulmonaire. — Une dame de haut rang, relevée d'une couche récente, et dont on célébrait le retour à la santé, est prise tout à coup d'étouffement, et s'éteint en quelques minutes: embolie pulmonaire. — L'épouse d'un accoucheur célèbre s'éveille en sursaut au milieu de la nuit, et meurt de la même manière. — Il en est de même d'un de nos confrères, dont le système veineux indiquait quelques troubles de la circulation depuis un certain temps. — Il y a quelques semaines à peine, le chef d'une grande maison industrielle succombait aux mêmes lésions, avant l'arrivée des médecins appelés près de lui.

En quelques mois il s'est présenté quatre cas de ce genre à l'hôpital de la Charité: une femme, dans la division de M. Briquet, avec une énorme embolie pulmonaire, précédée de varices enflammées aux jambes; une autre qui était entrée dans mes salles pour une maladie de matrice, et qui, sans prélude, est morte comme d'une syncope en se posant sur le vase de nuit; une troisième, dont M. Zambaco, chef de clinique, m'a signalé l'exemple, aussi par suite de varices enflammées; enfin la malheureuse femme qui fait l'objet de ma communication d'aujourd'hui.

Des faits semblables ont, en outre, été observés par M. Lancereaux, par M. Barth, par M. Gubler, qui me les ont également communiqués.

Il suffit, d'ailleurs, pour être édifié sur la fréquence des *embolies*, de jeter les yeux sur l'important ouvrage de M. Cohn (*Klinik der Embolisch*, etc., Berlin, 1860), et sur la thèse, pleine d'intérêt, soutenue dernièrement à l'École de médecine par M. Ball (*Embolies pulmonaires*, 3 janvier 1862).

Un accident si commun, qui amène la mort avec une telle rapidité, mérite toute l'attention, toute la sollicitude des savants en général, des médecins en particulier.

L'état actuel des sciences et l'humanité ne permettent plus de laisser de semblables catastrophes sans explication ; du reste, l'interprétation en est aujourd'hui très-claire. Elle se trouve dans un fait à la fois simple et complexe, qui peut du même coup ouvrir un vaste champ à la pathologie. Qu'il me soit donc permis d'entrer à son sujet dans quelques détails.

Après avoir exposé comment des embolies par caillot peuvent se former dans les veines et dans les artères, l'auteur ajoute :

Il faut admettre dans les artères, comme dans les veines, que les embolies ne sont pas uniquement formées par du sang concret ; qu'on doit entendre par là tout corps étranger circulant avec le sang.

D'un poumon malade, par exemple, il peut se détacher un grumeau, un fragment, soit de tubercule, soit de pus, soit de cancer, aussi bien que de sang concret, qui, une fois engagé dans les veines pulmonaires, sera transporté vers l'oreillette gauche, puis dans le ventricule correspondant. Poussé ensuite dans l'aorte, le grumeau arrivera comme corps étranger, jusqu'à ce qu'il rencontre une artère assez peu volumineuse pour lui refuser passage et qui va se trouver ainsi fermée. Il en serait de même de toute concrétion formée à l'intérieur du cœur gauche ou sur les valvules, comme aussi sur un point quelconque des parois d'une artère malade. Toutefois les embolies artérielles n'exposent pas aux mêmes désordres que les embolies veineuses. Charriées par les artères, elles peuvent occasionner des inflammations, des ramollissements, des gangrènes plus ou moins rapides, plus ou moins étendues, selon le volume ou le nombre des artères obstruées, mais non pas la mort subite de l'individu.

On le voit, la question des embolies, ou, pour parler plus exactement, des corps étrangers circulant avec le sang, est, ainsi que je l'ai dit plus haut, une des plus vastes questions de la pathologie.

Pour que les fluides circulatoires traversent sans trouble l'organisme, il faut que rien d'inerte n'y soit mêlé. Les globules de sang sont obligés de traverser des capillaires, des vaisseaux d'un

diamètre déterminé. Si donc le sang contient des parcelles hétérogènes, des molécules inassimilables d'un autre volume ou d'une autre forme, elles seront arrêtées au passage ; devenant ainsi autant d'épines pour l'organisme, elles troubleront mécaniquement autant que par leur nature propre les fonctions du tissu ou de l'organe qui les recèle. Qui ne sent que tout peut devenir ainsi corps étranger dans le sang ? Une concrétion, une parcelle épithéliale, une paillette de membrane ou de tissu libre, le pus, etc., une fois libre dans le torrent circulatoire, devenus corps inertes, seront transportés partout, tant que le calibre des vaisseaux pourra s'y prêter ; mais dans les parenchymes, arrêtés par les capillaires comme par un tamis ou par un crible, ils deviendront la source d'innombrables troubles. Entraînées à l'état de poussière ou de corpuscules, aussi bien qu'à l'état de grumeaux, de masses tantôt fines, tantôt considérables, comme dans un fleuve qui charrie du sable, des cailloux ou d'énormes blocs, ces substances donnent ainsi la clef d'une série infinie de lésions.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, après tout, que de tels désordres ont éveillé l'attention des médecins ; comme toutes les idées complexes et d'une application générale, celle-ci s'est préparée de longue main. En 1684, Guillaume Goud (*Philosophical Transactions*) l'avait déjà pressentie. On la trouve formellement exprimée par Van Swieten dans ses Commentaires.

Il n'avait pas d'observations cliniques à sa disposition, mais il s'était déjà livré sur des chiens à des expériences qui ne laissent aucun doute sur sa pensée. Cependant, comme les doctrines de Van Swieten et de Sénac ou de Bartholet sur les polypes du cœur, sur les concrétions sanguines pendant la vie, combattues par l'école de Morgagni, ont été abandonnées depuis, les recherches et les expériences du célèbre commentateur de Boerhaave tombèrent dans le plus complet oubli. C'est donc de nos jours que l'histoire de ce phénomène a été reprise et spécialement abordée, d'abord indirectement, puis d'une façon claire et franche.

Dès 1824, attaquant les doctrines médicales du temps, voulant démontrer l'existence et le rôle des altérations du sang dans les maladies, je présentai à l'Académie de médecine un exemple rare autant qu'étrange de l'oblitération de l'aorte et de ses branches inférieures par la concrétion du sang devenu cancéreux pendant la vie. A cette époque aussi je m'efforçai de prouver que le pus, entré dans les veines par une voie quelconque, devenait un corps étranger qui, circulant avec le sang, jouait dans l'organisme le rôle d'un

poison, de cause morbifique aussi commune que dangereuse. Un peu plus tard, en 1827, on voit M. Legroux signaler des concrétions se détachant du cœur ou des artères comme pour être transportées au loin et y amener des oblitérations ou des troubles circulatoires redoutables. N'ai-je pas présenté ici même, dès 1829, les résultats d'expériences tendant à prouver qu'une saillie, qu'une rugosité, qu'un corps étranger quelconque fixé à l'intérieur d'une artère peut y amener la concrétion du sang, la formation d'un caillot, et subséquemment l'oblitération du vaisseau?

Malgré ces ébauches cependant, malgré les expériences de M. Cruveilhier et ses injections de substances étrangères dans les veines d'animaux vivants, malgré quelques observations de M. Bouillaud, malgré ce que l'on savait depuis longtemps des phlébolites, la question n'avançait guère, et notre collègue M. Andral était encore réduit, il y a une trentaine d'années, à se demander si l'avenir ne donnerait pas raison à ceux qui avaient parlé de caillots mobiles dans les vaisseaux. Quelques exemples d'embolies observés et signalés çà et là depuis, soit en Angleterre, soit en Allemagne, soit en France, n'avaient point ébranlé non plus les esprits. Il faut en réalité arriver à 1856, à M. Virchow, un de nos correspondants, pour voir prendre à la question une physionomie sérieuse, un corps déterminé.

C'est M. Virchow, en effet, qui a le premier bien conçu et bien exprimé la nature et le mécanisme de cet état morbide. Les expériences variées auxquelles il s'est livré, les observations nombreuses qu'il a recueillies, ses écrits divers sur le sujet ne semblent rien laisser à désirer. Eh bien, malgré les efforts et les recherches de cet auteur, malgré les observations, les travaux publiés depuis, en France, par M. Charcot dans la *Gazette hebdomadaire* de 1858, par M. Dumont-Pallier d'après la pratique de M. Trousseau, par M. Lancereaux (en 1862) dans sa thèse, par M. Ball dans sa dissertation, malgré les faits rassemblés dans l'ouvrage de M. Cohn, l'existence des embolies véritables et des dangers qu'on leur attribue trouve encore parmi nous, à Paris même, des contradicteurs, au point d'avoir été taxées de rêveries dans un écrit récent !

L'observation que je viens de soumettre à l'Académie a donc principalement pour but de vaincre les dernières résistances, de faire admettre définitivement comme faits acquis et démontrés les corps étrangers ou les embolies, les caillots migratoires du système vasculaire, comme causes de maladies diverses dans la science et la pratique médicales.

Tel qu'il est, cet exemple ne laisse, en effet, aucune prise au doute ni à la contestation. Véritable corps étranger, le caillot remplit entièrement ici, non plus comme dans les cas connus, les branches secondaires ou principales de l'artère, mais bien la totalité de son tronc, au point de proéminer en forme de tampon dans l'intérieur même du ventricule ; impossible, par conséquent, de nier qu'il ait dû causer brusquement la mort. Il est de toute évidence aussi que ce corps étranger n'est point autochthone, qu'il ne s'est point formé sur place ; les parois du vaisseau qu'il remplit sont parfaitement saines, n'ont subi aucune altération, sont restées libres et lisses, ne lui adhèrent en aucune façon ; par lui-même il n'a aucun des caractères, vu à l'œil ou au microscope, des polypes ou des caillots fibrineux du cœur ; il est à la fois plus fragile et plus ferme ; formé de masses colorées en brun, ou gris, ou jaune, ou roussâtre, et grumeleux, au lieu d'être comme fibreux et d'un jaune régulier ; c'est un cylindre pelotonné, enroulé, replié sur lui-même, et non point une masse homogène ; ce cylindre, de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, mesuré dans ses divers replis, a près de 36 centimètres de longueur.

Il n'a point été modelé sur les cavités du cœur ni de l'artère pulmonaire ; en dernière analyse, il est aisé de voir que la concrétion, moulée sur le calibre de la veine iliaque dont elle a les dimensions et la forme, a été détachée de cette région pendant la vie, qu'elle est remontée par la veine cave jusque dans le cœur droit, et poussée de là dans l'artère pulmonaire ; les contractions du ventricule l'ont ensuite repliée, engagée comme une masse de circonvolutions, au point d'en former un véritable bouchon, qui ôte toute prise à l'incrédulité, qui rend compte, sans le moindre effort, de tout ce qui est arrivé à la malheureuse femme.

Les faits étant ainsi constatés, à l'abri de toute réplique, il en ressort des notions d'un intérêt que je n'ai pas besoin de rappeler.

Il reste à préciser de plus en plus le rôle des embolies dans la production des maladies, les circonstances ou les conditions qui les font naître, en même temps que les moyens de les prévenir ; mais on peut affirmer, dès à présent, que la connaissance des corps étrangers mobiles dans le sang fera faire aux sciences médicales un véritable progrès, en les rapprochant d'un degré nouveau des sciences physiques, des sciences exactes.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Avortement provoqué, *suivi de succès, dans un cas de vomissements incoercibles.* Personne n'ignore combien sont rebelles, dans certains cas, les vomissements sympathiques de la grossesse. Quand une telle affection a résisté à tous les moyens rationnels ou empiriques, et que la femme se trouve dans un danger imminent, le médecin est-il autorisé à provoquer l'avortement? L'accord n'existe pas encore sur la légitimité de cette conduite, et ce n'est pas ici le lieu de la défendre contre ceux qui se refusent à la reconnaître. Nous nous bornerons à rapporter le fait suivant, dont les résultats nous semblent de nature à encourager l'accoucheur, quand il se trouve placé en face de cas aussi graves et aussi délicats.

Mme X***, jeune femme âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux, ayant eu déjà deux grossesses terminées par des accouchements heureux, devient enceinte pour la troisième fois en novembre dernier, et peu de temps après elle commence à être atteinte de vomissements assez éloignés d'abord, puis plus rapprochés et enfin devenus incessants. M. le docteur Caradec, médecin de l'hôpital civil de Brest, appelé à donner ses soins à la malade, obtient d'abord une amélioration et même une véritable guérison, mais qui malheureusement n'a pas de durée. En présence de cette rechute, notre confrère a recours à toute la série des moyens recommandés contre ce phénomène morbide, mais le tout en vain. Dans les premiers jours de février, la situation s'aggrave de plus en plus, rien n'est conservé par l'estomac; agitation et angoisses extrêmes, insomnie, prostration des plus considérables, physionomie altérée, amaigrissement général, voix affaiblie, langue rouge et sèche, soif continue et inextinguible, haleine acide, ventre météorisé, pouls petit et fréquent.

En présence d'une situation aussi grave et à bout de ressources, M. Caradec, qui naguère a eu la douleur de voir une malade confiée à ses soins succomber à ces mêmes accidents, fait part de ses craintes au mari, et, de l'assentiment de ce dernier, il se décide à provoquer l'avortement. Le 6 février, introduction d'une sonde-bougie pour rompre les membranes de l'œuf. Trente-six heures après, aucun travail ne s'étant déclaré, substitution d'une éponge préparée à la bougie; quelques faibles douleurs; le lendemain un peu de dilatation de l'orifice. Introduction d'une nouvelle éponge préparée, d'un volume plus considérable, et enduite d'un peu d'extrait de belladone; vives douleurs à la suite et perte d'une petite quantité de sang; au bout de quatre heures, M. Caradec trouve le produit dans le vagin, et deux heures après le placenta est expulsé. — A partir de ce moment, la malade voit cesser, comme par enchantement, ces efforts convulsifs incessants et si pénibles de l'estomac; quelques cuillerées de bouillon froid qu'on donne d'abord sont conservées; peu à peu on arrive à faire ingérer et supporter d'autres aliments; le sommeil, les forces reviennent, et le rétablissement s'opère graduellement. (*Union médic.*, mai 1862.)

Benzoate d'ammoniaque *dans l'albuminurie scarlatineuse.* M. G. Taylor conseille le benzoate d'ammoniaque dans le traitement de l'albuminurie scarlatineuse. Il l'emploie en potion, de la manière suivante :

Pr. Benzoate d'ammoniaque..............	30 centig.
Esprit d'éther nitré...	50 gouttes.
Sirop de Tolu........	16 gramm.
Mixture camphrée.....	32 gramm.

Mêlez.

A prendre en trois fois par jour. Cette dose est celle qu'il emploie pour un enfant de six ans; elle doit être augmentée ou diminuée proportionnellement à l'âge du sujet. Cette potion, employée concurremment avec une purgation de poudre composée de jalap, réussit, au dire de l'auteur, d'une façon merveilleuse. On voit l'albumine disparaître très-rapidement des urines; il ne reste bientôt plus qu'à relever les forces du malade, et, pour cela, il préfère à tout autre tonique le citrate d'ammoniaque et de fer. (*Union médic.*, avril 1861.)

Champignons (*Bons effets des lavements de café dans un cas d'empoisonnement par les*). On sait que l'action délétère des champignons vénéneux se traduit par des phénomènes, tantôt d'irritation gastro-intestinale, tantôt de narcotisme, tan-

tôt et le plus souvent par ces deux ordres de phénomènes combinés. Il suit de là qu'après l'emploi des moyens propres à procurer l'expulsion de la substance toxique, le traitement varie suivant la prédominance de telle ou telle nature de symptômes. Quand c'est l'influence sur le système nerveux qui prédomine, et qu'elle se traduit par un état de collapsus, la stupeur, le coma, etc., le café est un agent susceptible de rendre des services marqués; et, s'il arrive qu'il ne soit pas possible de le faire prendre par la bouche, on peut, comme dans le cas suivant, l'administrer sous forme de lavements.

Un jeune garçon, âgé de sept ans, fut apporté à Royal free Hospital, le 12 octobre dernier, après midi, dans une situation très-alarmante : collapsus, insensibilité complète, nausées continuelles, pupilles très-dilatées, pouls à peine perceptible. Les parents rapportaient que, quelques heures auparavant, cet enfant était allé jouer dans Regent's Park, et qu'à son retour, il était comme imbécile, incapable de rendre compte de ce qu'il éprouvait, trébuchant et tombant par la chambre. Son frère, qui l'avait accompagné, avouait qu'ils avaient cueilli et mangé des baies, et, d'après ces explications, ainsi qu'en raison des symptômes, on pensa que c'étaient des fruits de belladone. Un vomitif au sulfate de zinc, administré immédiatement par le chirurgien résidant, M. Hill, amena des vomissements abondants, mais qui n'éclairèrent pas sur la nature du poison ingéré. Cependant, la gravité des accidents allait toujours croissant : les pupilles étaient énormément dilatées, et l'irritation de l'estomac, l'état nauséeux ne s'apaisaient nullement. Le danger était imminent. Le docteur O'Connor prescrivit alors un lavement de trois onces d'une forte infusion de café chaude, à répéter de quart heure en quart d'heure. Dès le second lavement, les vomissements diminuaient, le pouls reprenait de la force, et l'état du malade commençait à s'améliorer; cette amélioration continua, et les vomissements s'arrêtèrent complétement dans le cours de la nuit; au matin, il restait une grande prostration, que l'on combattit par les excitants diffusibles, le camphre, l'ammoniaque. Le 15, l'enfant quitta l'hôpital complétement rétabli. — Son frère y avait été également apporté, une heure après lui, présentant des symptômes semblables, mais moins intenses, et dont on triompha très-rapidement, après l'administration du sulfate de zinc à dose vomitive. Celui-ci avait sur lui un petit sac dont le couteau donna la clef des accidents, en faisant connaître la nature de la substance vénéneuse qui les avaient causés; on y trouva en effet un certain nombre de champignons d'une espèce nuisible, et il avoua que c'était là ce dont ils avaient mangé, lui et son frère. (*Lancet*, mars 1862.)

Coqueluche (*Chloroforme à l'intérieur dans le traitement de la*). Les propriétés du chloroforme, son action connue sur le système nerveux, ses bons effets constatés dans diverses affections convulsives, devaient conduire à expérimenter cet agent dans la période spasmodique de la coqueluche. C'est ce qui a eu lieu, en effet, et nous avons tenu note, il y a déjà quelques années (1856), des résultats remarquables obtenus par M. Fleetwood Churchill, puis par M. Pape, à l'aide de ce médicament employé sous forme d'inhalations, forme d'ailleurs dont nous avons entendu Brachet, de Lyon, dès 1852 ou 1855, si notre mémoire n'est pas infidèle, se louer beaucoup dans quelques cas très-intenses de cette maladie.

Il n'y a donc de nouveau dans l'application du chloroforme au traitement de la coqueluche, que le mode d'administration tel que le signale M. le docteur Jacquart (de Tourcoing), c'est-à-dire à l'intérieur. M. le docteur Jacquart, interne de M. Roger à l'hôpital des Enfants en 1860, a vu son maître expérimenter l'agent antispasmodique sous cette forme, et ce sont les résultats de ces expériences dont il a rendu compte. Des observations, au nombre de huit, publiées par notre confrère, on peut conclure avec lui que : le chloroforme administré à l'intérieur dans une potion gommeuse et à des doses croissantes, depuis six jusqu'à trente gouttes, a paru, dans un certain nombre de cas, amener la diminution du nombre des quintes; plus rarement, mais quelquefois cependant, une diminution simultanée de la violence des quintes; quelquefois enfin la diminution de la violence des quintes avec conservation de leur nombre. Il n'a pas semblé du reste que la durée de la maladie ait été abrégée d'une manière sensible. Ces résultats, comme on voit, ne sont pas bien satisfaisants; toutefois, dans quelques cas, l'amélio-

ration qui s'est produite dans le nombre et l'intensité des quintes, a été assez marquée pour qu'on en tienne compte et pour ne pas détourner de tenter de nouveaux essais. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 15, 1862.)

Dartres. *Leur traitement par l'emploi du sulfate de potasse.* M. Ferraris, sans se laisser décourager par l'impuissance des remèdes jusqu'ici préconisés comme moyen curatif des dartres, a confiance dans l'emploi du sulfate de potasse, qu'il formule de la manière suivante :

R. Sulfate de potasse. } ââ 3 grammes.
Extr. de douce-amère }

Mêlez et faites 60 pilules, qu'on tient dans un flacon bien fermé.

Boire, après l'ingestion des pilules, une infusion de the ou de tilleul.

Chez les sujets qu'il a guéris par l'emploi de ce remède, M. Ferraris a noté que, au bout de vingt ou vingt-cinq jours, la transpiration devient plus abondante, l'aridité de la peau se dissipe. La sueur et l'urine offrent l'odeur prupre au soufre. Alors, le prurit s'apaise simultanément.

Parmi les médications externes, dont l'utilité, d'ailleurs, ne lui paraît que d'une importance secondaire, l'auteur emploie, de préférence le carbonate de plomb, auquel il reconnaît à la fois les propriétés d'un absorbant et celles d'un astringent. Il l'unit à une pommade adoucissante, dans la proportion de 2 parties du sel sur 25 de pommade. Mais il cruit devoir, dans la composition de la pommade, exclure l'emploi de l'axonge, et cela, dit-il, par la raison que la viande du porc favorisant le développement de l'herpétisme, sa graisse ne peut pas en devenir le remède ! (*Giornale dell' Academia di Torino*, 15 avril 1862.)

Délivrance (*De la*) *dans le cas d'avortement.* L'avortement n'est pas grave seulement par les hémorragies qui l'accompagnent ; il est grave aussi par la rétention du placenta, qui en est une conséquence assez commune ; et c'est cette circonstance qui rend plus dangereux les avortements à trois ou quatre mois de grossesse, que ceux qui surviennent du quatrième au sixième mois. En effet, à 3 mois, à 4 mois, les annexes fœtaux sont plus volumineux que le fœtus, et où celui-ci a passé, les autres restent. Après l'expulsion du fœtus, le col de l'utérus se referme, et pour que la délivrance s'accomplisse, il faut un nouveau travail. Or si le délivre reste cinq à six jours dans la cavité utérine, il se putréfie, il se trouve en contact avec des vaisseaux béants, et surtout avec des veines. On voit dès lors la filiation des accidents qui vont être la conséquence de cette rétention.

Quelle doit être en pareil cas la conduite du praticien ? Voici les conseils que donne à cet égard M. Pajot.

Un médecin est appelé auprès d'une femme qui vient de faire une fausse couche; elle était enceinte de trois à quatre mois; l'enfant est expulsé, mais elle n'est pas délivrée. Le toucher fait reconnaître l'une des trois choses suivantes : ou le placenta est déjà en grande partie dans le vagin, ou il n'est engagé que par une petite portion dans l'orifice utérin, ou il est encore tout entier dans l'utérus. Dans le premier cas, rien de plus simple que son extraction : on le saisit, on le tord et bientôt il est amené au dehors. Dans la seconde hypothèse, l'embarras est plus grand. Il n'y a là qu'une très-petite partie du placenta qui fasse saillie au dehors. Ira-t-on, dans ce cas, tirer sur un cordon aussi tenu aussi grêle qu'il l'est à cette époque de la grossesse; ce cordon se rompra. Cherchera-t-on à introduire la main dans l'utérus, une pareille tentative serait absurde, car non-seulement la main, si petite qu'on la suppose, ne pourrait tenir dans cet utérus, mais elle ne parviendrait pas à dilater le tissu résistant de son orifice.

Quelquefois il est arrivé à M. Pajot de sentir le délivre assez engagé pour le saisir avec deux doigts, pour en faire la torsion, pour y mettre un troisième doigt et l'extraire complétement. Dernièrement encore il a eu ce bonheur, dans un cas où près de 48 heures s'étaient écoulées depuis l'avortement. Mais toutes les fois qu'il a constaté qu'une trop minime portion de placenta faisait saillie au dehors de l'orifice externe du col, il s'est abstenu de toute intervention directe, dans la crainte de glisser et plus encore d'arracher cette portion saillante du tissu placentaire. C'est qu'en effet, rompre cette partie en apparence si peu importante du placenta serait une faute grave, car elle est d'une grande utilité; elle joue à la fois le rôle de corps stimulant et de corps dilatant, et sous cette double influence, le travail s'opère dans l'espace de 12 à 24 heures. La malade citée plus haut en est un exemple. Le 20 décembre, cette

femme avortait à trois ou quatre mois de grossesse; l'expulsion du fœtus avait eu lieu à trois heures de l'après-midi. La délivrance n'ayant pas suivi cette expulsion, on transporta la malade à la Clinique; M. Tarnier, chef de clinique, reconnut l'état de choses signalé plus haut, et attendit; à une heure de la nuit, cette femme était délivrée spontanément.

Ce mode de délivrance s'observe dans les deux tiers des cas, et il faut en faire bénéficier les malades. Cependant, il importe, là comme partout, de poser des limites à l'expectation. Or, on peut, selon M. Pajot, en l'absence des accidents hémorragiques, attendre de 24 à 28 heures. Si, après ce laps de temps, l'odeur de putréfaction se manifeste, tout ajournement devient dangereux, et l'accoucheur est autorisé à intervenir avec les doigts, la pince à faux germe, la curette ou tout autre instrument de préhension propre à saisir le placenta et à l'amener au dehors. (*Journ. de méd. et chirurg. pratiq.*, janvier 1862.)

Diplopie consécutive *à la paralysie du grand oblique de l'œil;-moyen physiologique d'y remédier.* La paralysie du muscle grand oblique d'un seul côté donne lieu à la diplopie, lorsque le malade regarde un objet avec les deux yeux. Les deux images sont constamment superposées et parallèles. La supérieure plus claire, plus nette correspond à l'œil sain; l'inférieure, plus obscure, correspond à l'œil dont le muscle est paralysé. Les deux images s'écartent d'autant plus l'une de l'autre, tout en conservant un parallélisme parfait, que l'objet lui-même est plus distant des yeux. Si l'objet a des dimensions en longueur, qui l'emportent de beaucoup sur les autres dimensions, il est vu double lorsqu'on le présente horizontalement, simple lorsqu'on le présente verticalement. M. le docteur Fano, en se fondant sur ces considérations, a été conduit à penser que, pour faire cesser la diplopie, il était nécessaire de faire incliner la tête sur l'épaule opposée au côté de la paralysie et de faire tourner un peu en avant la moitié de la face correspondant à ce même côté. En effet, M. Fano a remarqué chez une malade affectée de paralysie du muscle grand oblique gauche, que lorsquo cette dame inclinait un peu en avant la moitié gauche de la tête, elle cessait de voir double. « Ceci, dit-il, s'explique sans difficulté si l'on veut analyser les effets de ce double mouvement. La paralysie du grand oblique gauche ayant eu pour conséquence de porter le segment postérieur de l'œil en bas, si on incline la tête sur l'épaule droite, l'œil gauche subira tout entier un mouvement d'ascension, pendant que l'œil droit est abaissé tout entier aussi. La rétine gauche recevra dès lors l'image de l'objet sur un point plus élevé, et la rétine droite sur un point moins élevé que lorsque l'axe transversal des deux orbites était parallèle à l'horizon. Les deux images impressionneront donc des points identiques des deux rétines; d'où la perception d'un seul objet, c'est-à-dire la disparition de la diplopie. » Quant à l'utilité du mouvement qui porte en avant la moitié de la face du côté malade, elle n'est pas absolue; mais ce mouvement permet au muscle droit externe de se tenir en repos, et rend aussi la vision moins fatigante. (*Journ. de méd. pratiq.*, avril 1862.)

Fièvre puerpérale. *Traitement par le sulfate de quinine, d'après la méthode de saturation continue.* Ce n'est pas la première fois que le sulfate de quinine est préconisé contre la fièvre puerpérale. Depuis longtemps les praticiens ont eu de temps à autre recours au sulfate de quinine, lorsque quelque apparence de rémittence venait à se manifester dans les symptômes de l'affection puerpérale. Il y a quelques années, M. Beau a institué d'une manière beaucoup plus générale la médication quinique comme moyen de traitement principal de cette affection. Dans une communication récente à l'Académie de médecine, M. le docteur Cabanellas, après avoir eu l'occasion d'expérimenter cette médication dans plusieurs cas graves de fièvre puerpérale (au nombre de sept), a exposé les résultats très-dignes d'attention qu'il a obtenus au moyen d'une modification qu'il a apportée à cette médication, et qui en fait en quelque sorte une méthode nouvelle, qu'il désigne sous le nom de méthode de saturation continue; indiquant par là qu'elle consiste à administrer le médicament à des doses suffisantes et à des moments assez rapprochés pour maintenir les malades sous son influence constante.

Voici comment M. Cabanellas a agi dans les sept cas qu'il a observés. Ils présentaient tous, à des degrés différents, un mouvement fébrile, intense avec ou sans frisson initial, une ten-

sion avec douleur de tout l'abdomen, ou simplement une grande sensibilité à la pression vers l'un ou l'autre ovaire; enfin, des symptômes d'état saburral, et dans deux cas des nausées et vomissements. Chez six de ces malades, en présence d'une indication évidente, il a débuté par l'ipécacuanha, et après avoir fait placer des cataplasmes émollients sur le ventre, il a attendu, pour administrer le sulfate de quinine, que le soulagement momentané causé par le vomitif ait été remplacé par la recrudescence des accidents locaux et généraux. C'est le lendemain ou le surlendemain du vomitif qu'il lui a fallu recourir au sulfate de quinine. Il l'a donné à la dose de 10 ou de 15 centigrammes toutes les heures, de jour et de nuit invariablement, avec la plus scrupuleuse exactitude, recommandant même, les premières quarante-huit heures, d'interrompre le sommeil pour ne pas perdre une seule dose. Il continuait en même temps les cataplasmes, les soins de propreté, et, s'il y avait indication, il faisait donner chaque jour un lavement émollient : les malades buvaient une tisane acidulée, selon leur soif. Au bout de vingt-quatre heures, si le sulfate de quinine est bien pur et la dose suffisante, la malade éprouve quelques bruissements dans les oreilles; mais elle ne vomit presque jamais le médicament, et déjà le pouls bat avec moins de vitesse. Ce résultat se prononce de plus en plus chaque jour : les symptômes locaux s'apaisent progressivement, et il n'est pas rare de voir les malades réclamer du bouillon et même des potages dès le troisième jour. Ces aliments sont accordés sans interrompre l'administration de la quinine à chaque heure. A mesure que les symptômes s'amendent d'une manière rassurante, il permet de ne pas interrompre le sommeil, à la condition expresse de profiter de tous les moments où le réveil de la malade permet de continuer le médicament. Les bruissements dans les oreilles, la surdité, quelques vomissements, ne contre-indiquent pas la continuation du remède.

Du quatrième au huitième jour, le pouls est revenu à l'état normal. Quand l'absence du mouvement fébrile a duré quatre ou cinq jours, si les symptômes locaux sont presque effacés, M. Cabanellas éloigne progressivement d'une demi-heure, puis d'une heure, l'administration des doses, et, si l'amélioration persiste, il cesse la médication. Deux ou trois fois, il lui a fallu revenir aux doses primitives, après les avoir suspendues. Une fois, il a dû reprendre le sulfate de quinine à doses plus fortes qu'au début.

Dans les cas observés, la guérison a toujours eu lieu après une durée qui a varié de cinq à quinze jours

Ce médicament a paru également, à M. Cabanellas, être d'un grand secours pour enrayer la fièvre et amoindrir les symptômes locaux dans un cas de *phlegmatia alba dolens*, survenu successivement aux deux extrémités inférieures chez une nouvelle accouchée. La guérison a été définitive en un mois, sans aucune suite fâcheuse. Enfin, M. Cabanellas exprime l'espoir que la chirurgie trouvera, dans l'administration du sulfate de quinine par la méthode de saturation continue, le meilleur de tous les moyens qu'elle puisse opposer à cet état fébrile, qui complique si gravement les grandes opérations. C'est un point de vue pratique qui mérite d'être pris en considération. (*Comptes rendus de l'Acad. de méd.*, mars 1862.)

Sangsue (*Perte d'un œil, par suite d'une piqûre de*). Voici un fait qui montre avec quel soin doit être surveillée l'application des sangsues au voisinage de l'œil. Le professeur de Graefe rapporte (dans la deuxième partie du t. VII des *Archives d'ophthalmolgie*) le cas d'une petite fille délicate, âgée de cinq ans, à laquelle, quelques jours avant qu'il ne la vît, on avait prescrit l'application d'une sangsue à la tempe droite, pour combattre un mal de tête. L'œil auparavant était parfaitement sain et ses fonctions tout à fait intactes. En examinant cet organe, M. de Graefe trouva la chambre antérieure remplie de sang; la moitié inférieure de la conjonctive embrassant la circonférence de la cornée, ecchymosée; sur la moitié inférieure de la cornée, à peu près à une ligne de la conjonctive, une plaie dont les bords ainsi que les parties adjacentes étaient un peu tuméfiés et présentaient une opacité de couleur grisâtre. La forme de cette plaie, après une inspection minutieuse, ne permettait pas de douter qu'elle ne fût le résultat d'une piqûre de sangsue. Il était évident que, lors de l'application dont il a été question ci-dessus, la sangsue s'était échappée, s'était glissée jusqu'à l'œil et avait accompli son œuvre de destruction. La perception de la lumière était complétement abolie, suivant toute apparence par l'effet d'une hémorragie sous-rétinienne ayant détaché complétement cette membrane. N'ayant

jamais observé la restauration de la vision dans les cas d'hémophthalmie, quelle qu'en fût la cause, alors qu'au bout de quelques heures il ne pouvait constater un certain degré de perception de la lumière, l'éminent professeur porta le pronostic le plus grave Il revit l'enfant peu de temps après : le sang épanché dans la chambre antérieure avait en partie disparu ; mais le globe oculaire présentait déjà des altérations qui ne laissaient aucune incertitude que la perte de l'œil ne dût être bientôt un fait accompli. (*Dublin med. Press.*, avril 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration du nez.
Parallèle des procédés autoplastiques et des pièces de prothèse [1].

Puisque nous traitons de la restauration des lésions intéressant toute l'étendue du nez, nous devons dire un mot des moyens de remédier aux difformités dues à la division de l'organe dans toute sa longueur. Ici l'autoplastie doit être mise exclusivement en œuvre.

Ces faits sont peu nombreux. Sprengel, dans l'historique qu'il a tracé de la rhinoplastie, cite le suivant :

Obs. « H. de Roonhuysen, racoutrant un nez fendu dans toute sa longueur, après avoir rafraîchi les bords de la difformité, non-seulement les unit au moyen de la suture entortillée, mais les fixa aux os propres du nez en perçant ceux-ci avec une alène de cordonnier. Tout se passa bien, et le malade guérit. »

L'acte chirurgical, dans cette observation, semble être une simple réunion ; nous l'avons rappelé à cause de l'emploi de la suture des os.

Il n'en est plus de même dans le fait qui suit, quoique son illustre auteur le donne seulement comme un exemple de *rhinoraphie :*

Obs. *Division du nez dans toute son étendue, suite d'un coup de feu tiré dans la bouche ;* rhinoplastie *latérale pratiquée avec succès.* « Un de mes anciens amis et de mes dignes compagnons d'Egypte, M. le docteur Zink, chirurgien major à l'hôpital de Givet, m'adressa, dit Larrey, à la fin de l'année 1820, un sous-officier de la légion de l'Aude, affligé d'une difformité horrible et d'un aspect insupportable, provenant d'un coup de feu que cet infortuné s'était tiré dans un accès de mélancolie, dix-huit mois auparavant.

« Il avait appliqué l'extrémité du canon de son fusil armé sous la voûte palatine, tandis qu'avec son pied nu il en avait fait partir la détente. Cette arme s'étant un peu inclinée en avant, à l'instant du coup, la balle monta verticalement dans l'épaisseur et au milieu de la voûte palatine, traversa le nez, et effleura le crâne en sillonnant la peau du front. Toute la portion palatine des os maxillaires comprise entre les dents canines supérieures fut emportée, les portions labyrinthiques du nez, ses os propres et ses cartilages, furent détruits ou expulsés. Les deux ailes du nez étaient retraversées en dehors et en arrière ; la sous-cloison faisait partie de la narine gauche.

« Cette blessure fut pansée comme toutes les plaies d'armes à feu, c'est-à-dire avec les émollients et un appareil simplement contentif ; elle a parcouru les périodes de la suppuration et de la détersion jusqu'à la guérison sans nul

[1] Suite, voir les précédentes livraisons, p. 331 et 379.

accident. La cicatrice s'est opérée spontanément dans l'état d'écartement et de renversement des bords frangés que le dessin indique (fig. 1). Ces bords ont contracté une adhérence intime avec la surface extérieure des apophyses montantes des os maxillaires, de manière à produire au milieu du visage une échancrure très-irrégulière, rouge, caverneuse et d'un aspect repoussant. Ce sujet était privé de l'odorat, très-gêné dans la mastication et dans l'exercice de la parole ; à peine pouvait-il articuler les mots les plus simples.

« Tel était l'état de ce sergent lorsqu'il se présenta à l'hôpital de la garde royale, en décembre 1820. Il était d'ailleurs dépourvu de toute ressource, sans parents, sans aucun moyen d'existence. Après avoir obtenu de la générosité de l'entrepreneur de l'hôpital la faveur de le traiter dans mes salles, je l'examinai avec soin. Je projetai un mode d'opération que je communiquai aux personnes

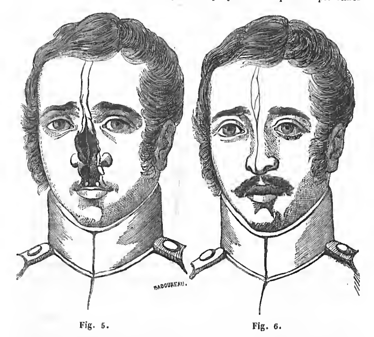


Fig. 5. Fig. 6.

qui suivaient ma visite, et, sans perdre de temps, je mis ee plan opératoire à exéeution.

« Assisté de M. le doeteur Ribes, en présenee de plusieurs médeeins étrangers et de ceux de l'hôpital, l'appareil étant préparé, et le sujet assis sur une chaise, je commençai par détaeher les bords tégumenteux et adhérents dans tout le pourtour de cette horrible plaie ou échancrure ; *j'en poursuivis la dis-seetion vers les pommettes, sur la surfaee des os maxillaires, afin d'avoir une assez grande étendue de peau pour franehir l'espace compris entre les bords de cette division* et pour en obtenir la réunion lorsqu'ils seraient mis en contact.

« Je détachai ensuite les adhérenees que les deux divisions des ailes du nez et de la lèvre supérieure avaient contractées avec les bords de l'échanerure palatine. Cette disseetion fut longue et diffieile. Après avoir isolé toutes les par-

ties molles qui appartenaient jadis au nez, j'en rafraîchis les bords à l'aide de ciseaux évidés, avec l'intention de donner à chaque coupe la forme qu'elle devait avoir pour s'affronter exactement et d'une manière uniforme.

« Cette dissection finie, les parties lavées et abstergées, je fis trois points de suture provisoires : le premier, au milieu de la côte du nez ; le second, au sommet de cette éminence et vers la sous-cloison des narines que j'avais eu soin de conserver ; le troisième, aux deux bords de la lèvre supérieure. Je réunis ensuite et maintins rapprochées les parties molles de tout le dos du nez au moyen d'une suture enchevillée, composée de six anses de fil, à l'effet de *ramener de loin les portions de peau* qui devaient servir à former cet organe, et de prévenir la déchirure qui aurait eu lieu si j'avais employé la suture entrecoupée ; le sommet du nez et les points séparés de la sous-cloison furent réunis au moyen de la suture entrecoupée. Enfin, j'adaptai les bords de la lèvre reséqués et détachés de la mâchoire au moyen d'une suture entortillée faite avec deux aiguilles d'or, tranchantes à leurs extrémités.

« Cette opération terminée, j'appliquai un bandage contentif, unissant, garni de compresses graduées pour protéger les points des diverses sutures et pour en seconder les effets.

« L'opéré fut mis à la diète, à l'usage des boissons rafraîchissantes mucilagineuses et antispasmodiques. Seulement, les deux premiers jours il fut assez calme et sans fièvre, parvenu au troisième, il y eut un léger paroxysme, avec céphalalgie légère et travail d'irritation dans la plaie. Une saignée générale et quelques sangsues appliquées sur les régions canines, des pédiluves et des boissons mucilagineuses apaisèrent ce léger orage, et le malade continua d'aller de mieux en mieux.

« Au neuvième jour de l'opération, je levai l'appareil et je trouvai, à ma grande surprise, tous les bords cousus, parfaitement réunis et cicatrisés ; cependant je laissai les chevilles et les épingles en place jusqu'au quinzième jour, époque où ces derniers moyens d'union furent totalement enlevés.

« La cicatrisation était exacte, uniforme, linéaire, et l'on voyait évidemment qu'elle ne s'était opérée que par la communication et l'adhésion naturelle des vaisseaux des bords de cette énorme plaie. Il est impossible de découvrir dans les interstices la moindre parcelle de substance gélatineuse étrangère à ces vaisseaux. Enfin, la cicatrice est parfaite et le nez a repris une conformation assez régulière et telle que la physionomie du sujet n'offre plus rien de pénible à la vue. La parole, la prononciation et la mastication se sont perfectionnées ; l'écartement considérable qui existait aux os maxillaires et dans les parois des fosses nasales, s'est considérablement resserré ; et ce rapprochement augmentera sans doute par la suite, en sorte que les traits de la face deviendront de plus en plus réguliers. Enfin la guérison de ce sujet, que j'ai présenté à la Société de la Faculté de médecine, dans la séance du 22 février 1821, est arrivée au degré de perfection exprimé dans le dessin de la figure 6. » (*Clinique chirurgicale*, t. II, p. 12.)

II. *Des difformités portant sur la racine du nez.*

Lorsque la charpente osseuse du nez vient à manquer, deux résultats peuvent être observés, avons-nous dit : ou une ouverture à la racine du nez, ou l'effondrement complet de l'organe. L'aspect des individus est bien différent à la suite de ces deux sortes de lésions, et la manière d'y parer n'est pas moins diverse.

Dans le cas de perte de substance vers la racine du nez, le moyen le plus

simple à employer est l'usage d'une plaque métallique, à laquelle on donne la forme des parties absentes, et que l'on maintient en place à l'aide d'un morceau d'éponge fixé à sa partie postérieure, fig. 2. L'absence de la charpente osseuse chez l'officier anglais représenté dans la gravure ci-contre (fig. 7), avait conduit les divers chirurgiens auxquels il s'était adressé à ne pas vouloir pratiquer une opération autoplastique, et il avait dû s'en tenir à l'emploi d'un obturateur métallique, qui, du reste, célait complétement sa difformité.



Fig. 7.

Les beaux travaux de M. Ollier sur les greffes osseuses permettraient peut-être de tenter davantage, mais les faits manquent encore pour trancher la question, surtout au profit du nouveau procédé autoplastique. Peut-être pourrait-on recourir aussi au procédé à double plan de lambeaux, dont M. Verneuil a publié récemment une belle observation ([1]).

Effondrement du nez.

Malgré l'aspect repoussant que présentent les personnes affectées de l'effondrement du nez, je ne connais pas d'exemple de l'essai d'une pièce artificielle dans le but de remédier à la conformation vicieuse des parties. Du reste, je doute que les tentatives de prothèse puissent réussir, et dans ces cas les opérations autoplastiques doivent avoir la préférence. Il n'y a pas seulement que la difformité extérieure à laquelle il importe de remédier ; les individus éprouvent encore une difficulté de respirer, qui les oblige à tenir la bouche ouverte toutes les fois qu'ils marchent, ou font un exercice un peu pénible. A cette incommodité, qui provient de l'obstruction plus ou moins complète des cavités nasales, se joint encore le dessèchement des mucosités qui s'accumulent dans les anfractuosités que présentent les débris du nez, de telle sorte qu'elles bouchent parfois les deux petits trous qui correspondent aux ouvertures des narines. Si l'on ajoute à ces inconvénients le son nasillard que prend le timbre de la voix et la puanteur qu'exhale l'haleine de ces individus, on comprendra le désir qu'ils éprouvent d'être délivrés d'une semblable infirmité, même au prix d'une opération un peu laborieuse.

Dans ces cas, ce n'est pas un nouveau nez qu'on a à faire, mais bien un organe plus ou moins complétement déformé, qu'il faut reconstituer avec ses propres rudiments. L'acte chirurgical, pour être plus limité, n'exige ni moins d'habileté,

([1]) *Gaz, hebdomadaire*, 14 février 1862.

ni moins d'expérience, et doit prendre rang parmi les plus belles acquisitions de la chirurgie réparatrice.

Deux procédés se trouvent en présence pour amener l'exhaussement du nez, l'un proposé par Dieffenbach, et l'autre par M. Ollier. Tous deux ont été mis en pratique avec succès ; nous allons reproduire seulement la première de ces observations, l'autre est publiée depuis trop peu de temps (*Bull. de Thérap.* t. LXI, p. 510) pour ne pas être encore présente à l'esprit de nos lecteurs.

Obs. X. *Effondrement du nez chez une jeune fille de douze ans, par suite d'ulcères scrofuleux ; exhaussement de l'organe à l'aide de lambeaux latéraux.* Un des enfants du cordonnier Jhlens avait perdu le nez par suite de scrofules qu'elle avait eues dans son enfance. On ne pouvait voir sans étonnement le visage de cette jeune fille, âgée de douze ans ; il présentait, au lieu d'un nez saillant, un sillon tortueux, irrégulier, qui donnait à la figure de cette jeune fille l'aspect d'une tête de mort. Une partie des téguments du nez enlevé couvrait l'espace vide que la destruction des os avait causé ; tout ce qui restait se dirigeait en dedans. On avait employé beaucoup de mercure dans le traitement de la maladie (1) et la plupart des os s'étaient détachés, entre autres le vomer, la grande partie de l'apophyse nasale, l'os malaire et les lames de l'ethmoïde. La fille Jhlens étant guérie depuis trois années, Dieffenbach tenta de remédier à sa difformité.

Il pratiqua sur les côtés du nez enfoncé, et dans toute sa longueur, deux incisions dirigées de bas en haut ; il en résulta une bande de peau isolée, trois fois aussi large à sa base qu'à son sommet, et unie à la lèvre supérieure par un filet de peau mince et court. En haut, elle adhérait aux téguments par un pont étroit. Ce chirurgien coupa aux deux extrémités du nez les parties molles jusqu'à l'os.

Ensuite, au moyen de deux incisions semi-lunaires, continuation des incisions latérales, il dégagea les ailes du nez de leurs adhérences extérieures. Il lui fut possible alors de tirer de la profondeur dans laquelle elles avaient été cachées pendant si longtemps les bandelettes de peau, rétrécies en haut et plus larges en bas, qui résultèrent de ces diverses incisions.

Le nez, qui était en quelque façon replié sur lui-même, se montra de nouveau en saillie. Ce temps de l'opération excita la surprise des assistants ; ils virent tout à coup une espèce de tête de mort reprendre la figure humaine, quoique les lambeaux de peau fussent encore sanglants et détachés.

---

(1) Rien de plus fréquent que de voir ces ulcérations scrofuleuses, chez les enfants, être prises pour la manifestation d'une syphilis héréditaire et combattues à outrance à l'aide des mercuriaux, et cela par des praticiens les plus éminents. Je vois fréquemment la fille d'un confrère anglais, de mes amis, chez laquelle semblable méprise a amené un effondrement du nez, une perforation de la voûte palatine et l'exfoliation de la partie antérieure de la table externe du frontal. Cette jeune demoiselle n'eût pas tardé à succomber, si le père, cédant à mon conseil, n'avait conduit son intéressante malade aux eaux de Kreuznach. Elle y a guéri complétement en deux saisons, et jouit depuis d'une santé robuste. Malheureusement les désordres anatomo-pathologiques n'ont pu disparaître, avec la diathèse qui les avait produits. Les résultats de ces lésions secondaires sont si fâcheux, que nous ne laissons échapper aucune occasion de rappeler l'attention des praticiens sur ces regrettables erreurs de diagnostic.

M. Dieffenbach excisa enfin les bords intérieurs du dos du nez, et le bord extérieur des parois latérales et des ailes de cet organe, dont le redressement fut par là considérablement avancé. Le tissu ferme et solide des lambeaux lui fit bien augurer du succès. Après avoir attendu quelques instants avant de les réunir, il mit d'abord en contact les parois latérales qui devaient former le dos du nez, au moyen de six points de suture entortillée, dont les fils furent coupés immédiatement; il fit ensuite la réunion des ailes et des bords latéraux du nez à la peau des joues et à la lèvre supérieure. Il employa, dans ce but, huit points de suture, qu'il plaça aisément avec le secours d'une aiguille fine et courbe. Il avait préalablement, et pour le motif énoncé plus haut, séparé de l'os les bords voisins de la joue dans l'étendue de quelques lignes.

Le nez était parfaitement reconstitué; il présentait exactement sa forme normale; sa solidité ne permettait pas de supposer qu'il pût se déprimer de nouveau, et deux choses en répondaient : la suture, d'une part; de l'autre (et cette circonstance mérite d'être considérée), la manière particulière dont les bords de la plaie avaient été excisés.

La bande de peau qui restait de la cloison parut trop courte : deux petites incisions latérales dans la lèvre supérieure l'allongèrent. L'opérateur introduisit dans chaque narine un tuyau de plume mince, enveloppé de charpie huilée. Dans le dernier temps de l'opération, il fit passer, des téguments de la joue au milieu du nez, une aiguille longue et mince, garnie à ses extrémités d'un morceau de cuir arrondi, et enroula la pointe en forme de spirale avec une tenette. Il parvint, de cette manière, à rapprocher l'une de l'autre la face latérale du nez et le bord correspondant de la joue, et à faire saillir davantage le nez au milieu du visage.

Cet organe ainsi reconstruit était pâle immédiatement après l'opération, et froid au toucher; on le couvrit de compresses trempées dans le vin tiède étendu d'eau. Déjà, dès le soir, la rougeur et la chaleur avaient reparu, et la partie opérée présentait un aspect plus satisfaisant. La rougeur du nez augmenta encore un peu le lendemain, et il s'y joignit une légère tuméfaction. L'union parfaite des bords de toutes les plaies promettait une guérison complète, lorsqu'elle fut prise de dyspnée, de toux et de fièvre. Heureusement, ces accidents cédèrent rapidement aux moyens mis en œuvre.

La configuration du nez était toujours satisfaisante; l'eau blanche remplaça les compresses de vin aussitôt que la vitalité des parties opérées n'eut plus besoin d'être excitée. La cicatrisation des lambeaux du nez, soit entre eux, soit avec la joue, existait déjà au troisième jour, et si bien, qu'il fut possible d'extraire la plupart des aiguilles et de couper quelques points de suture; la cloison seule présentait une couleur bleuâtre suspecte. A ce moment, on enleva les tuyaux de plumes et on les remplaça par de petits bourdonnets de charpie imbibée d'huile; des compresses, trempées dans l'eau de Goulard ou de sureau, recouvrirent le nez. Cependant, le quatrième jour, la peau dont la cloison était formée s'était putréfiée, et M. Dieffenbach se vit dans la nécessité d'en faire l'excision.

Quelques jours après, la tuméfaction du nez n'existait plus et la configuration de cet organe s'était encore améliorée; la longue aiguille qui traversait la joue et le nez fut enlevée le dixième jour; on la remplaça par deux aiguilles, qui restèrent implantées une semaine. On eut soin, pendant ce temps, de cautériser la face profonde du nez et de faire des injections fréquentes avec de l'eau blanche. Elle se consolida peu à peu et se revêtit d'une espèce d'enveloppe cutanée. Plus

tard, M. Dieffenbach fit une espèce de sous-cloison à ce nez, en mettant à profit une bandelette de peau appartenant à la lèvre inférieure. (*Gazette médicale de Paris*, t. I, p. 65.)

Qu'est-il advenu plus tard et quelles ont été les suites de cette opération? c'est ce qu'on ignore.

M. Malgaigne a adopté un autre procédé dont voici une très-brève analyse. Dans un premier temps il isole l'aile gauche du nez de ses adhérences à la joue, en suivant exactement le sillon qui les sépare, et à travers cette ouverture, il va détacher toutes les parties molles effondrées d'avec les os. Ces divisions sont essentiellement sous-cutanées. Les téguments décollés sont rapprochés à l'aide des doigts, et leur saillie est maintenue au moyen de longues épingles qui traversent la base des parties exhaussées. Ces épingles, à l'exemple de Dieffenbach, sont garnies de rondelles de liége, et en recourbant leurs extrémités plus ou moins, on fait remonter les téguments autant qu'il est nécessaire pour reconstituer le dos du nez. L'organe rétabli est soutenu jusqu'à sa cicatrisation complète à l'aide de deux bouts de sonde introduits dans les narines.

M. Malgaigne ne cache pas les suites de ses tentatives, et il ajoute : « J'ai pratiqué trois fois cette opération et toujours avec un résultat qu'on pouvait appeler admirable. La peau des joues, ramenée de loin sur les apophyses montantes et les os du nez, y contracte des adhérences qui soutiennent la saillie du nouveau nez et préviennent son aplatissement. Mais je suis bien obligé d'ajouter qu'ici, comme partout, il faut se méfier de la rétraction implacable du tissu inodulaire. Je n'avais pas revu mes opérés, lorsque par hasard j'ai eu des nouvelles, au bout de deux ans, d'une dame chez laquelle précisément j'avais le mieux réussi. Pendant six mois, le nez s'était maintenu superbe; alors il commença à se rétrécir et à s'affaiblir; au bout de deux ans, il avait perdu la majeure partie de sa proéminence. Cependant le bienfait de l'opération, tout amoindri qu'il était, persistait encore; je ne sais ce qui sera arrivé depuis. » (*Médecine opératoire*, 7e édition, p. 439.)

Dans les cas d'effondrement du nez, comme une certaine partie des cartilages et de la cloison médiane manque, on doit demeurer convaincu que l'autoplastie simple, c'est-à-dire celle qui emploie seulement des lambeaux composés de parties molles, donnera toujours le même résultat, quelque ingénieux que puisse être le procédé mis en œuvre. Pour se mettre sûrement à l'abri de l'affaissement de l'organe reconstitué, on ne devra pas hésiter à sacrifier les téguments rétractés, et, au lieu de les relever, leur substituer deux lambeaux empruntés aux joues et doublés du périoste sus-maxillaire. De cette façon seulement, on obtiendra une lamelle osseuse qui servira de charpente au dos du nez reconstitué, et le mettra, de plus, à l'abri de cette action rétractile du tissu inodulaire. Les faits de M. Nélaton, que nous publions dans le paragraphe suivant, serviront de preuve irrécusable de la valeur de ces lambeaux dans lesquels on a conservé le périoste.

(*La suite au prochain numéro.*)

Dans une des dernières séances de l'Académie des sciences, M. Renault a fait la communication suivante, au sujet de l'influence de l'impôt des chiens sur la manifestation des cas de rage :

« L'Académie sait qu'en 1855 il a été édicté, dans un intérêt d'hygiène pu-

blique, un impôt sur la race canine. On espérait, en rendant ainsi onéreuse à leurs possesseurs la conservation d'une foule de chiens parfaitement inutiles, diminuer le nombre de ces animaux, et, partant, diminuer proportionnellement le nombre des cas de rage.

« Cette mesure n'a pas eu les résultats qu'on en attendait : le nombre des chiens n'a que très-peu diminué ; il est démontré par les statistiques administratives qu'à Paris, où on en comptait en moyenne un peu plus de 60,000, cette diminution n'a été que d'environ 6,000.

« Loin que le nombre des cas de rage ait diminué avec le chiffre de la population canine, et depuis que l'on oblige davantage à renfermer et attacher les chiens, il semblerait plutôt qu'il a augmenté. Un document officiel constate que jamais, depuis vingt ans, le nombre des décès pour cause de rage sur l'homme n'a été si considérable que pendant ces trois dernières années.

« On conçoit ce que doivent être, en présence de pareils résultats, l'anxiété du public et les embarras de l'administration. Quand un mal aussi effrayant se présente toujours menaçant, dont la nature est restée jusqu'à présent un mystère contre lequel tous les remèdes sont jusqu'à cette heure restés impuissants ; quand, ignorant les causes qui le produisent originairement, on ne sait comment soustraire les animaux aux conditions au milieu et sous l'action desquelles il s'engendre, il faut du moins rechercher et mettre en usage les moyens les plus propres à s'opposer à sa propagation. Or, parmi ces moyens, il en est deux qui semblent efficaces pour arriver à ce résultat, ce sont :

« 1° Le *musellement* permanent de tous les chiens qui ne sont pas enfermés ou à l'attache ;

« 2° L'*occision* immédiate de tous ceux de ces animaux chez lesquels se manifesteraient les moindres symptômes de nature à laisser craindre la naissance de la rage, et surtout de tous ceux qui auraient été mordus ou seraient soupçonnés d'avoir été mordus par des chiens enragés.

« Je me bornerai pour aujourd'hui à ce qui concerne le musellement.

« A première vue, quand on considère que ce n'est que par leur morsure que les chiens enragés peuvent transmettre leur maladie à d'autres animaux, et que la muselière les empêche de mordre, on a lieu d'être étonné que l'administration se montre si peu exigeante sur la prescription obligatoire de son emploi ; ce à quoi l'administration répond deux choses :

« D'abord, le musellement a été et est tous les jours mis en usage, et, nonobstant, la rage n'a jamais disparu à la suite de son application.

« Ensuite elle fait remarquer que, de l'avis de plusieurs écrivains des plus considérables, l'observation semblerait avoir démontré que les diverses sortes de gêne ou de contrainte qu'on impose aux chiens à l'état de domesticité, et, parmi eux, la muselière particulièrement, en les contrariant et irritant d'une manière continue, seraient l'une des causes, la principale peut-être, du développement chez eux de la rage spontanée.

« Je ne puis m'empêcher de faire remarquer le peu de solidité des raisons sur lesquelles on s'est appuyé.

« Relativement aux effets du musellement, en tant que cause productrice de la rage, je sais tout ce qui a été écrit sur cette question, et j'ai lu avec le plus grand soin tous les renseignements plus ou moins spécieux qui ont été faits pour les démontrer ; mais j'avoue n'avoir vu aucune observation rigoureuse, aucun fait bien établi apporté à l'appui de ces inductions, plus spéculatives que

pratiques. C'est là une opinion, une croyance, une présomption si l'on veut, mais jusqu'à présent ce n'est que cela.

« Mais voici des documents que j'ai recueillis dans l'un de mes derniers voyages en Allemagne, et qui me paraissent, à raison de leur importance et de leur authenticité, de nature à jeter quelque jour sur ces questions.

« En Prusse, comme on l'a fait plus tard en France, le gouvernement a, dès 1829, établi dans la même pensée un impôt sur la race canine. Mais, comme en France, on a constaté que si cet impôt, qui est de 3 thalers (environ 12 francs) par tête de chien imposé, avait abaissé quelque peu le chiffre de ces animaux, il n'avait pas sensiblement diminué celui des cas de rage, qui s'accrut même tellement dans les années 1852 et 1853, qu'à Berlin, dans les premiers mois de l'année 1854, la police, effrayée, ordonna le musellement général et permanent de tous les chiens qui ne seraient pas enfermés et tenus à l'attache chez leurs maîtres. Depuis lors cette mesure est sévèrement exécutée.

« Or, voici ce qui résulte des relevés faits sur les registres officiels de l'Ecole vétérinaire de Berlin et sur ceux de la police pendant la période décennale qui a précédé 1854, année où le musellement général a été prescrit, et pendant les huit années suivantes, où il a été mis en pratique :

	Cas de rage.
En 1845, il a été constaté à l'Ecole vétérinaire.	52
En 1846	17
En 1847	3
En 1848	17
En 1849	30
En 1850	19
En 1851	10
En 1852	68
En 1853	82
	278

« Soit, en moyenne, près de 28 cas par année.

« Voici maintenant le relevé des cas constatés, depuis et y compris 1854, non pas seulement dans l'Ecole, mais dans toute la ville :

En 1854.	4 cas.
En 1855.	1 cas.
En 1856.	1 cas.
En 1857, En 1858, En 1859, En 1860, En 1861 }	0 cas.

« Ces résultats n'ont pas, je pense, besoin de commentaires ; et peut-être pourrait-on, dès à présent, sans trop de témérité, en tirer les conclusions qu'ils semblent comporter. Je serai moins hardi en me bornant à dire que, s'ils se continuaient les mêmes pendant quelques années encore, il en résulterait évidemment :

« 1° Que, comme je l'ai écrit depuis longtemps, et comme le pensent un certain nombre d'observateurs, la rage *spontanée* est très-rare ;

« 2o Que le musellement général et permanent des chiens est une mesure efficace pour empêcher la propagation de cette maladie;

« 3o Que c'est à tort que plusieurs auteurs regardent la contrainte résultant de l'application de la muselière sur le chien comme une cause du développement de la rage chez cet animal. »

Par suite du décès de M. Becquerel, M. le docteur Matice, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a été nommé médecin de la Pitié. — M. le docteur Mesnet, médecin du Bureau central, a été nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur Axenfeld, médecin du Bureau central, est nommé médecin de la direction des nourrices.

Par suite de la non-acceptation de MM. Monod et Alphonse Guérin, les juges du concours pour une place de chirurgien du Bureau central, qui a commencé le 29 avril dernier, sont MM. Denonvilliers, Manec, Désormeaux, Follin et Delpech, *juges titulaires*; MM. Voillemier et N. Guillot, *juges suppléants*. Les candidats à ce concours sont MM. Bastien, Duchaussoy, de Saint-Germain, Guyon, Houël, Lefort, Legendre, Liégeois, Pana, Parmentier, Péan, Rambaud et Sée.

Le programme qui doit servir de base aux épreuves du concours, pour un nombre indéterminé d'emplois d'*élève du service de santé militaire*, est déposé dans les bureaux du secrétariat de la Faculté de médecine, où on pourra en prendre connaissance. Les étudiants en médecine qui compteront quatre inscriptions, et qui auront subi avec succès le premier examen de fin d'année, pourront être admis à ce concours.

M. le docteur Cazeaux, membre de l'Académie de médecine et agrégé libre de la Faculté, a succombé, à l'âge de cinquante-trois ans, à la longue et cruelle maladie qui le tenait éloigné depuis trois ans du mouvement de la science à laquelle il prenait jadis une part si active.

Le corps médical lyonnais vient de faire une perte non moins regrettable par la mort de M. le docteur Beaumers, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

La ville du Mans vient de perdre un de ses praticiens les plus distingués, M. Bachelier.

Une statistique publiée par la *Lancette* anglaise, prouve que, à Coventry, où les fabriques ont chômé presque complétement, la mortalité des enfants a baissé d'une manière sensible. On ne peut expliquer le fait que d'une seule façon : moins occupés en dehors de leur ménage, les parents, les mères surtout, ont pu mieux soigner leurs enfants. Il faut mettre en regard de ce résultat le chiffre effrayant (38 sur 100) de la mortalité qui, à Londres, depuis cinq ans, pèse sur les enfants.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Nouvelles remarques sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le croup.

Par M. le docteur Bricheteau, ancien interne des hôpitaux.

Les affections diphthériques, qui, depuis quelques années, sont devenues si fréquentes, ont en même temps présenté une telle gravité, qu'il ne faut pas s'étonner si les médecins, comme désarmés en face de ces terribles épidémies se succédant sans interruption, ont cherché par tous les moyens à combattre le mal; de là l'origine de tous ces médicaments nouveaux qui, vantés pendant quelque temps comme des spécifiques, n'ont pas tardé à tomber dans l'oubli, et n'en sortiront que pour figurer dans la liste déjà trop nombreuse des moyens employés contre le croup.

Nous ne voulons pas faire l'histoire de tous les remèdes préconisés dans ces derniers temps : l'iode, le brôme, le soufre, le perchlorure de fer, etc.; mais nous croyons utile d'attirer l'attention sur un mode de traitement vanté par des médecins très-recommandables qui en ont obtenu de très-bons résultats ; tandis que d'autres, et nous sommes du nombre, n'y ont reconnu que de graves inconvénients. Nous voulons parler de l'emploi du tartre stibié à haute dose.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la diphthérie sont unanimes pour reconnaître qu'une des méthodes de traitement qui a donné les meilleurs résultats dans le croup consiste dans l'emploi des vomitifs, et tous s'accordent à reconnaître que cette méthode n'agit que comme procédé mécanique, en expulsant les fausses membranes par les efforts du vomissement. Aussi la médication topique jointe à l'emploi des vomitifs, qu'on se serve du tartre stibié, de l'ipécacuanha ou du sulfate de cuivre, peu importe, forme actuellement la base du traitement du croup.

Malheureusement, les vomissements ne sont que trop souvent infidèles, et ne peuvent, dans bien des cas, empêcher qu'on ne soit forcé de recourir à la trachéotomie.

Le traitement médical du croup est encore à trouver. De nombreux essais ont été tentés, et quelques médecins ont cru avoir atteint le but en employant le tartre stibié suivant la méthode de Rasori, comme contro-stimulant.

Je vais d'abord montrer comment ce traitement est arrivé en peu

de temps à acquérir une certaine réputation, et j'examinerai ensuite s'il en est vraiment digne.

Laennec, qui a tant contribué à répandre la méthode rasorienne, avait proposé, mais n'avait pas employé l'émétique comme contro-stimulant. Quelques médecins, parmi lesquels je citerai MM. Bazin (journal *l'Expérience*, 1839), Bartels, Pitton, Jourdan (*Annales de la médecine d'Anvers*), avaient publié quelques guérisons de croup par l'emploi du tartre stibié à dose rasorienne ; mais ces faits étaient presque oubliés lorsque, en 1859, MM. Bouchut et Constantin (d'Amiens) vinrent préconiser ce traitement.

M. Bouchut emploie la potion suivante :

Julep gommeux........................	100 grammes.
Sirop diacode........................	15 grammes.
Tartre stibié........................	0,50 à 75 centigr.

Une demi-cuillerée à bouche toutes les heures.

La formule de M. Constantin est à peu près la même.

Julep gommeux........................	250 grammes.
Sirop de morphine....................	60 grammes.
Émétique.............................	1 gramme.

M. Constantin administre le tartre stibié avec audace, puisqu'il a fait prendre à des enfants de trois à quatre ans jusqu'à 4 grammes d'émétique dans l'espace de trois à quatre jours, et il n'a jamais observé d'accidents, si ce n'est quelques légères éruptions stibiées (*Gaz. des hôpit.*, 1859).

A l'appui de ce traitement, M. Constantin cite 46 guérisons sur 53 cas.

De son côté, M. Bouchut commença par publier cinq observations de croup confirmé guéri par ce moyen. Dans deux cas il y avait eu rejet de fausses membranes (*Journal de médecine pratique*, 1859). Dès lors l'élan était donné, et après eux un certain nombre de médecins publièrent des faits à l'appui de cette méthode.

M. Nonat, 3 guérisons sur 3 cas.

M. Bédère, l'observation d'une petite fille d'une très-chétive constitution, qui guérit après avoir pris en trois jours 1gr,50 d'émétique.

M. Ricordeau, une observation ; guérison.

M. Baizeau, 3 guérisons sur 3 faits.

Si bien que M. Bouchut put recueillir un relevé de 88 guérisons sur 115 cas de croup; mais dans ce nombre figurent les 53 faits

tirés de la fameuse statistique de Valleix, dans lesquels l'émétique avait été donné comme vomitif et non comme contro-stimulant.

Le tartre stibié, dit M. Bouchut, est, dans ces cas, employé comme dans la pneumonie aiguë, et sauf exception, il ne produit pas d'affaissement ni de prostration inquiétante.

Depuis longtemps déjà, depuis l'année 1853, M. Gigon, d'Angoulême, employait l'émétique à haute dose contre le croup. Il ne cherchait pas dans le médicament l'effet vomitif, mais il croyait que l'émétique agissait en s'adressant directement à la diathèse morbide :

« A dose vomitive, dit-il, on ne combat qu'un accident, l'obstruction du larynx, tandis que l'émétique à haute dose, ce fluidifiant par excellence, combat la diathèse morbide, sous l'influence de laquelle l'albumine du sang se concrète et passe à l'état de membrane. »

Ce médecin croit que les croups guéris par les vomitifs donnés coup sur coup l'étaient moins par l'action vomitive que par l'émétique absorbé par les petits malades.

M. Chapelle, d'Angoulême, comme son confrère M. Gigon, avait recours au même traitement. En 1852, il envoyait à l'Academie de médecine un mémoire sur la guérison du croup obtenue par le tartre stibié à dose rasorienne ; mais, en 1859, il adressa à la savante Compagnie un second mémoire dans lequel il déclare que les succès obtenus au début de cette médication ont été suivis de revers si nombreux, qu'il a été forcé de l'abandonner.

M. Gigon n'a pas été le seul médecin à reconnaître, dans l'administration du tartre stibié à haute dose, de grands inconvénients.

M. Millard (thèse inaugurale) a observé chez plusieurs enfants, à la suite de l'ingestion de la potion stibiée à 0gr,20 *seulement*, des phénomènes graves, cholériformes (teint pâle, yeux caves et cernés, vomissements rebelles, diarrhée colliquative) qui ont précipité le dénoûment fatal.

De la thèse de M. Garnier, qui contient le compte rendu des faits de diphthérie observés dans le service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie, pendant l'année 1859, j'extrais le passage suivant sur le traitement du croup.

« *Emétique à haute dose :* ce mode de traitement a été employé six fois. Dans 5 cas la trachéotomie dut être pratiquée, malgré le traitement, et les 5 sujets succombèrent.

« Le premier enfant y fut soumis dès le début du croup, et prit ce médicament pendant trois jours, à la dose de 0gr,20 ; des vomisse-

ments abondants sans diarrhée se produisirent ; mais la dyspnée n'en fit pas moins de progrès et l'opération devint nécessaire.

« Les deux autres sujets prirent seulement, pendant un jour, 0gr,20 d'émétique ; chez l'un, il détermina de la diarrhée seulement ; chez l'autre, de la diarrhée et des vomissements.

« Nous ne parlons pas d'un quatrième enfant, chez lequel les premières cuillerées d'une potion contenant 0gr,60 déterminèrent une telle diarrhée, qu'on dut en suspendre l'emploi.

« Sous l'influence des préparations stibiées, 3 enfants ont échappé à la trachéotomie. Le premier prit pendant quatre jours 0gr,20 d'émétique. Le premier jour il eut des selles abondantes, et les autres jours de la diarrhée et des vomissements. La première période du croup ne fut pas dépassée ; mais le sujet mourut subitement, alors que les accidents laryngés avaient disparu.

« Le deuxième enfant prit pendant trois jours 0gr,20 d'émétique, il eut des vomissements, de la diarrhée et guérit.

« Le dernier fut le plus gravement atteint, et l'asphyxie en vint à un tel point, que l'opération faillit être pratiquée. Chez lui, l'émétique présenta cette particularité, que l'effet vomitif ne se manifesta souvent que six ou sept heures après son ingestion. Six potions de 0gr,20 furent administrées, et la guérison paraissait sûre, quand l'enfant mourut subitement, deux jours après avoir été envoyé dans sa famille. »

Pendant l'année d'internat que j'ai passé à l'hôpital des Enfants, j'ai été à même d'y observer un grand nombre de croups que l'on ne traitait pas par cette méthode ; car depuis longtemps le tartre stibié jouit, à l'hôpital des Enfants, d'une détestable réputation ; mais comme les faits cités plus haut avaient fait un certain bruit dans le monde médical, M. Blache voulut expérimenter de nouveau cette médication ; mais les mauvais résultats qu'il en obtint ne l'engagèrent pas à persévérer.

Six enfants seulement furent soumis à la potion stibié (0gr,30, dans 100 grammes de véhicule) ; trois la prirent pendant deux jours, ils eurent des selles nombreuses et des vomissements. L'asphyxie n'en fit pas moins de progrès, et la trachéotomie dut être pratiquée.

Chez deux autres enfants, les premières cuillerées de la potion déterminèrent une telle diarrhée, avec soif intense, prostration et pâleur de la face, qu'on fut forcé de la suspendre.

Enfin, le dernier mourut subitement, après avoir pris la potion stibiée pendant une journée. Voici l'observation :

Obs. *Angine couenneuse et croup; mort par syncope, quelques heures après l'administration de la potion stibiée. — Autopsie. Altération du sang.* — Didelet Félicie, quatre ans, entre le 26 octobre 1859 à l'hôpital des Enfants, salle Sainte-Catherine, service de M. Blache. Au dire des parents, cette petite fille serait atteinte d'angine couenneuse depuis quinze jours. Depuis quatre sa voix est altérée, car elle a eu un accès de suffocation, qui a décidé son entrée à l'hôpital.

Lors de son admission, je constate des plaques blanches sur les deux amygdales, avec ulcération de l'amygdale gauche, qui paraît creusée d'une cavité centrale; pas d'engorgement ganglionnaire; la voix est criarde, éraillée, la toux est grave, nullement croupale; la respiration est sifflante par moments, et à l'auscultation on constate la faiblesse du murmure respiratoire, aucune gêne de la respiration, pas de dyspnée, pouls à 88; l'enfant a de l'appétit; un peu de dysphagie.

Le 27, il y a eu une respiration bruyante pendant toute la nuit, qui a été bonne, du reste, avec sommeil. Pouls à 92. Aphonie complète ce matin, avec inspiration sifflante et faiblesse de la respiration. — Prescription : chlorate de potasse, 6 grammes dans un julep, et potion stibiée de 0gr,20 à prendre d'heure en heure par cuillerée.

Les cinq premières cuillerées de la potion produisent sept vomissements et trois selles liquides; on la suspend. Aucune fausse membrane n'a été rejetée.

Trois heures après la suspension du médicament, je trouve l'enfant pâle, les yeux cernés, dans la prostration la plus complète, avec une soif atroce due au tartre stibié, et se plaignant d'un violent mal de gorge.

Néanmoins, deux heures après, l'enfant s'endort; pendant son sommeil aucune gêne de la respiration, qui est très-paisible. A une heure du matin, la petite fille se réveille, se lève sur son séant, et retombe inanimée. L'interne de garde, appelé en toute hâte, ne trouve plus qu'un cadavre.

Autopsie. — A l'incision des veines du cou, il s'écoule du sang noir, couleur sépia.

Des fausses membranes existent sur les deux amygdales; on trouve un détritus pultacé à la face postérieure de l'épiglotte et sur les ventricules du larynx, pas de fausses membranes dans la trachée et les bronches, si ce n'est de petits grumeaux solides et blanchâtres, gros comme la tête d'une épingle, flottant dans le mucus, et nullement adhérents à la muqueuse.

Altération remarquable du sang, qui est poisseux, noirâtre, couleur jus de pruneaux.

La muqueuse pulmonaire présente la même coloration, ainsi que le foie, la rate, les reins, et les deux poumons qui sont sains, crépitent très-bien, et ne présentent aucun noyau d'engorgement.

Le cœur ne contient pas le moindre caillot; le ventricule gauche est très-gros et dilaté; en l'ouvrant, on voit qu'il est distendu par du sang noir, fluide, mais nullement coagulé, et offrant l'aspect du

raisiné; l'endocarde et la membrane interne de l'aorte présentent la même coloration noirâtre.

La muqueuse gastrique n'offre aucune rougeur, aucune injection.

Je dois à l'obligeance de M. Meunier, interne à l'hôpital des Enfants, la communication du fait suivant, assez analogue au précédent, et qui est le seul où M. Blache ait administré le tartre stibié contre les symptômes du croup pendant l'année 1861. Le résultat n'a que trop justifié sa défiance habituelle à l'égard de ce médicament :

Obs. Une petite fille de cinq ans est prise, dans la convalescence d'une angine simple, de quelques symptômes qui font redouter un croup laryngé (voix éteinte, toux rauque, sifflement laryngé trachéal, dyspnée, 64 inspirations, pouls à 140, pas d'angine couenneuse). On lui prescrit 0,20 de tartre stibié dans un julep gommeux de 125 grammes à prendre par cuillée, d'heure en heure; sinapismes et ventouses sèches.

La première moitié de la potion détermine 6 à 7 vomissements, sans amendement des symptômes laryngés; au contraire, l'enfant est plus fatiguée, plus pâle, plus prostrée. On suspend la potion; les vomissements n'en persistent pas moins toute la soirée, et s'accompagnent de diarrhée. Le lendemain, il n'y a plus de vomissements, mais selles nombreuses, cholériformes (20 dans la journée); facies grippé, et mort subite le soir par syncope.

Ces faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion absolue; ils prouvent seulement qu'il y a des cas où le tartre stibié, à dose élevée, produit chez les enfants des accidents fâcheux.

Je ferai aussi la réflexion suivante :

Sur 13 cas de croup traité par le tartre stibié à haute dose, j'ai rencontré 4 cas de mort subite. Les exemples de mort subite dans la diphthérie ne sont pas rares, comme dans toutes les maladies septiques, telles que la fièvre puerpérale, la variole, la scarlatine maligne; mais en général cet accident ne se rencontre pas en si forte proportion.

Le médicament n'aurait-il pas été pour quelque chose dans cette terminaison fâcheuse ?

Maintenant, comment concilier nos observations avec les faits que nous avons cités dans la première partie de ce travail. Faut-il suspecter la bonne foi des médecins qui les ont publiés ? Pas le moins du monde.

Nous ne prétendons pas que le tartre stibié administré chez les enfants atteints de diphthérie leur sera toujours funeste; nous

avons simplement voulu montrer dans ce travail que, chez quelques enfants que nous avions observés, le tartre stibié prescrit suivant la méthode rasorienne, nous avait paru avoir les conséquences les plus fâcheuses. Et comme jusqu'à présent on n'a pas établi quelles étaient les conditions favorables et défavorables à l'emploi de ce médicament, nous pensons qu'il est plus prudent de s'en abstenir, afin de satisfaire à cette maxime : *Primum non nocere*.

Du reste, il est arrivé pour le tartre stibié ce qui s'est produit tant de fois. Les praticiens qui s'en sont bien trouvés se sont hâtés d'en proclamer les bons effets, tandis que peu de revers ont été signalés. Aussi les contre-indications de tous les remèdes actuellement employés en thérapeutique ne sont indiquées nulle part.

Une objection pouvait nous être faite : Etions-nous bien en droit d'attribuer au tartre stibié les accidents qui ont suivi son administration, et qui ont jeté nos petits malades dans un état si grave ? Ne voit-on pas souvent, dans certains cas de diphthérie, ceux auxquels on a donné le nom de diphthérie septique, infectieuse, maligne, les enfants être pris de diarrhée intense, tomber dans la prostration la plus profonde, et mourir subitement ?

Nous l'avons prévue, et pour y répondre, nous avons recherché si le tartre stibié administré de la même façon, mais dans d'autres circonstances, n'avait pas produit des accidents analogues.

Les premiers médecins qui, en vulgarisant l'emploi du tartre stibié, ont rendu de si éminents services, ont insisté sur son innocuité.

Rasori prétendait que le tartre stibié n'agissait sur le tube digestif qu'à doses dépassées.

Laënnec n'a pas vu un seul accident inquiétant à la suite de cette médication.

Mériadec Laënnec, Picardière Delourmel, Fontaneilles, Yvan de la Garde, Rousseau, Picard, ont soutenu la même opinion.

Cependant M. Bonamy, dans un mémoire couronné au concours du *Bulletin de Thérapeutique* (1841), a recueilli un certain nombre de faits propres à accréditer l'opinion contraire : que le tartre stibié est loin d'être inoffensif pour la muqueuse gastro-intestinale ; ce que nos observations ont montré.

Fœdéré, dans sa *Médecine légale*, a montré que l'émétique donné à haute dose détermine des déjections énormes, des douleurs atroces, des convulsions et même la mort.

MM. Trousseau et Bonnet (Journal hebdomadaire, 1855) qui ont étudié l'action des antimoniaux suivant le composé, l'état du tube

digestif, la durée de la médication, le régime du malade, l'âge et le sexe, ont remarqué que chez les femmes et surtout chez les enfants, le tartre stibié était bien moins toléré.

MM. Trousseau et Pidoux (*Thérapeutique*) décrivent de la façon suivante les troubles déterminés dans l'appareil digestif par le tartre stibié : Vomissements violents, resserrement spasmodique de l'œsophage et du pharynx ; soif ardente, vives douleurs de l'estomac et de tout le ventre, diarrhée bilieuse ensanglantée, ténesme, suppression d'urines, syncope, faiblesse, crampes.

Darbefeuille, ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes, voulant prémunir les jeunes médecins contre l'abus du tartre stibié, enseignait que ce médicament peut produire des douleurs aiguës dans l'estomac et l'intestin, et causer la mort par une action particulière sur le système nerveux.

M. Th. Constant, interne à l'hôpital des Enfants, service de M. Bouneau, dit que chez les jeunes enfants cette substance donne souvent lieu à des accidents fort graves.

M. Grillot, qui rapporte dans sa thèse (1828) les nécropsies de trois enfants, âgés de deux à trois ans, qui, pendant l'administration du tartre stibié, offrirent des désordres de l'appareil digestif, et chez lesquels on trouva, après la mort, une injection de la muqueuse gastro-intestinale, cite l'opinion de Guersant, qui regardait l'enfance comme une condition peu favorable au succès de la médication en question.

Depuis Guersant, ses successeurs à l'hôpital des Enfants ont toujours enseigné à leurs élèves à se méfier du tartre stibié chez les enfants.

Les effets déplorables sur le système nerveux, qui ont été si funestes à nos malades, ont déjà été mis en évidence.

Ainsi, le docteur Strambio a publié plusieurs faits de la clinique de Rasori, dans lesquels il regarde la dépression des forces nerveuses portées à son maximum, comme la cause de la mort.

Dans un cas, il s'agit d'une fille robuste qui, pendant le cours d'une pneumonie, prit 13 grammes d'émétique. Après quatre jours de traitement, il se déclara une forte diarrhée, avec faiblesse extrême qu'on regarda comme un signe favorable ; l'oppression avait en effet diminué, et on concevait des espérances quand, inopinément, la malade succomba.

Dans un autre, 3 grammes de tartre stibié furent continués pendant plusieurs jours. Les symptômes de la pneumonie avaient disparu, et l'on croyait à un rétablissement prochain, quand la

mort arriva subitement. Il est à regretter que l'autopsie fasse défaut.

Mais on lit dans les *Archives de médecine* (1831) l'analyse d'un fait emprunté à la clinique de Laënnec, dans lequel le tartre stibié fut donné malgré la rougeur de la langue. Au bout de quelques jours, il fallut le suspendre. Le malade allait mieux et semblait toucher à la guérison, quand il mourut inopinément. A l'autopsie, tous les organes abdominaux étaient sains.

N'y a-t-il pas une grande analogie entre ces faits et les nôtres, où la mort est arrivée plusieurs fois brusquement et par syncope?

Enfin, nous comprenons peu, pour notre part, l'emploi de cette médication dans la diphthérie. L'efficacité du tartre stibié est incontestable dans les phlegmasies franches, telles que la pneumonie; mais dans une maladie spécifique, telle que celle-ci, où des symptômes adynamiques apparaissent si souvent dès le début, quels bons effets peut-on obtenir du médicament hyposthénisant par excellence?

Il nous semble voir aussi une contre-indication dans le développement, à la suite de l'administration du tartre stibié, d'angine et de stomatite érythémateuse, aphtheuse, et pustuleuse, et dans la formation de dépôts pseudo-membraneux sur la muqueuse bucco-pharyngienne.

L'angine causée par le tartre stibié a été particulièrement étudiée par M. Rayer (Dictionnaire de médecine pratique), qui la regarde comme assez fréquente, puis par MM. Archambault et Reverdy, Picard et Patin (*Gazette médicale*, 1833).

C'est à la production de cette angine que nous rapportons la sensation douloureuse de constriction, et la soif atroce dont se plaignirent deux de nos petits malades.

La présence de produits membraneux à l'arrière-gorge, à la suite de l'emploi de ce médicament, a été signalée par plusieurs médecins dans le cours de pneumonies traitées par la méthode rasorienne.

Dans la 13e observation d'un mémoire de Bricheteau (Archives de médecine, 1832), on trouve à l'autopsie les lésions suivantes : bouche, arrière-bouche, pharynx recouverts d'une fausse membrane blanche, molle, non continue.

Plusieurs pneumoniques, observés par M. Dariven (Journal hebdomadaire, 1830), à l'hôpital de la Pitié, service de M. Louis, furent atteints d'angine couenneuse.

MM. Filassier et Levrat-Perroton ont rapporté des faits analogues.

Or, dans la diphthérie, où la première indication est de détruire les fausses membranes, de s'opposer à leur production, ne paraît-il pas rationnel de proscrire un médicament dont l'effet irritant agit localement sur les parties qui sont le siége de prédilection de l'exsudation diphthérique, et peut ainsi favoriser son développement?

S'il nous était permis de conclure, nous dirions que le tartre stibié à haute dose, suivant la méthode rasorienne, ne doit pas être employé dans le traitement des affections diphthériques; car il peut produire les accidents très-graves : diarrhée cholériforme, prostration et mort subite. Toutefois, comme les fâcheux effets que nous avons vus produits par cette médication tiennent peut-être au milieu dans lesquels nous avons observé, nous devons nous montrer plus réservé. Les enfants qu'on apporte dans les hôpitaux sont, en général, dans de très-mauvaises conditions, et tout le monde sait que la pratique hospitalière expose à bien plus de revers que la pratique civile. Nous nous expliquons ainsi les succès obtenus en province et à la campagne par ce traitement.

Quoi qu'il en soit, et comme règle générale, nous n'hésitons pas à proclamer que le tartre stibié doit être toujours administré avec la plus grande réserve chez les enfants.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des fistules vésico-vaginales d'un abord difficile. Moyens proposés pour surmonter cette complication (1).

Lettre à M. le docteur Debout par M. Verneuil, chirurgien des hôpitaux.

Vous avez publié, cher ami, dans le numéro du 1er février dernier, un petit mémoire fort intéressant, intitulé : *Note sur un procédé très-simple pour abaisser la cloison vésico-vaginale et faciliter l'avivement dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.* L'auteur, M. Bourguet, d'Aix, l'un des chirurgiens les plus instruits et les plus actifs de la province, s'est trouvé aux prises avec une difficulté qui a plus d'une fois embarrassé les opérateurs, et récemment encore M. Foucher et moi-même. Il en a triomphé par un moyen très-simple, qu'il a cru devoir faire connaître. Dans les courtes remarques qui suivent son observation, M. Bourguet reconnaît que

(1) Cette note, qui faisait partie d'un rapport sur les travaux de M. Bourguet, a été lue à la Société de chirurgie, mais elle est restée inédite.

divers moyens ont déjà été imaginés dans un but pareil, mais il affirme qu'il n'aurait pu suffire dans le cas particulier qui s'est offert à lui.

J'approuve complétement l'expédient employé par notre confrère d'Aix et serais tout disposé à l'utiliser à l'occasion. Mais en présence de la variété infinie de cas et dans une matière aussi difficile, je crois qu'un supplément d'information ne saurait être superflu et qu'on ne saurait trop s'étendre sur les embarras qui peuvent assaillir le chirurgien. C'est pourquoi je vais tâcher de résumer ce que mes lectures et mon expérience personnelle m'ont appris sur ce point spécial. Ce petit chapitre, que les auteurs ont oublié d'écrire, n'a pas pour objet l'étalage d'une vaine érudition, il armera seulement l'opérateur de ressources plus nombreuses dans les cas épineux.

Rappelons brièvement les conditions du fait de M. Bourguet : la perforation siégeait sur la paroi antérieure du vagin, à 5 centimètres de l'orifice vulvaire, à 15 millimètres du col utérin ; elle mesurait 15 à 18 millimètres de diamètre, et l'index s'y engageait sans peine ; elle était très-difficile à apercevoir, à cause de son siége élevé et surtout d'un froncement de la paroi supérieure du vagin, qui formait opercule au-devant de l'orifice et le masquait complétement. C'est en vain qu'on plaça la malade sur les genoux et les coudes, qu'on employa le spéculum américain, qu'on déprima fortement la saillie vaginale avec une spatule et la cloison avec un cathéter introduit dans la vessie : on avait toujours grand'peine à voir distinctement le contour de la fistule. Dans ces circonstances, il était impossible, par les moyens ordinaires, d'exécuter un avivement exact et suffisant, temps cependant si indispensable ; c'est alors que M. Bourguet imagina le moyen suivant : une sonde de Bellocq est portée dans l'urètre jusqu'à la fistule, où elle s'engage pour revenir à l'orifice vulvaire. Un ruban assez fort, long de 40 centimètres, est fixé au bouton de la sonde par une de ses extrémités, qui est ramenée au dehors par la vessie et l'urètre. Il y avait donc ainsi une anse urètro-vaginale passant par la fistule, avec un chef vaginal et un chef urètro-vésical. On fixe à ce dernier une sonde de gomme élastique, de 7 millimètres de diamètre, qu'on porte dans la vessie et qu'on enfonce à quelques centimètres au delà de la fistule, jusqu'à ce que le point où est fixé le ruban soit arrivé au niveau de la perforation, on attire alors dans le vagin le chef vésical, on le réunit au chef vaginal et l'on constitue ainsi une anse fermée qui pend dans le vagin ; il suffit maintenant d'exercer une traction sur ce lien pour attirer

la sonde qui abaisse à son tour la cloison vésico-vaginale et met parfaitement en évidence les bords de la fistule.

Assez volumineuse pour ne pas se plier et passer par la perforation, la sonde est cependant assez flexible pour ne point blesser la muqueuse vésicale sur laquelle elle repose, et de tous les moyens employés pour abaisser la cloison, nul n'est plus innocent.

Chez la malade de M. Bourguet, ce temps préparatoire avait été exécuté dans le décubitus dorsal ; ensuite, on revint au décubitus en pronation et à l'usage du spéculum univalve ; le ruban fut confié à un aide qui tira doucement. jusqu'à ce que le contour de la fistule devînt apparent. L'avivement fut alors effectué suivant les règles du procédé américain ; on éprouva quelque peine à rafraîchir la commissure antérieure de la fistule, mais on y parvint en ramenant dans le vagin l'extrémité vésicale de la sonde élastique, ce qui eut pour effet d'abaisser et de tendre en même temps le bord antérieur de la perforation.

J'arrête ici mon analyse, en ajoutant seulement que six sutures furent appliquées et que la réunion réussit à souhait. Vingt jours plus tard la malade, parfaitement guérie, regagnait ses foyers. C'est, soit dit en passant, un beau succès de plus à mettre au compte du procédé Bozeman pur, qui fut ici fidèlement suivi [1].

Pour exposer avec quelque méthode les essais faits dans la même direction, nous avons besoin de prendre les choses d'un peu loin. Si l'on excepte les perforations urétro-vaginales, la plupart des fistules situées au-dessus du col de la vessie sont inaccessibles au regard ; il est donc naturel qu'on ait songé à s'aider d'instruments variés et d'attitudes diverses pour explorer la lésion à l'aide de la vue. L'usage du spéculum était ici tout à fait indispensable ; aussi quelques instruments de cette espèce furent-ils imaginés dans ce but spécial. Mais voir de l'œil et aborder de la main sont choses bien

---

[1] Nous renvoyons, pour plus amples détails, au mémoire de M. Bourguet. Qu'il nous soit cependant permis d'exprimer notre satisfaction en constatant que les chirurgiens de Paris et de la province entreprennent hardiment, et mènent à bonne fin la cure chirurgicale des fistules vésico-vaginales. Nous présagions des succès à ceux d'entre eux qui, après avoir étudié soigneusement les procédés nouveaux, les exécuteraient scrupuleusement. Notre espérance se réalise, et nous savons que nos amis de province, MM. Denucé, Azam et Ollier sont entrés dans la même voie. Si d'ici à peu les tentatives se multiplient dans les grandes cités et dans les petites, peut-être sera-t-il permis à nos chers collègues, MM. Follin, Foucher et à nous-même, de nous en réjouir et de croire que nous avons quelque peu contribué à cet intéressant progrès, en vulgarisant de notre mieux les procédés perfectionnés des opérateurs américains.

différentes, et il a fallu chercher le moyen de surveiller directement la marche lente et minutieuse des instruments. Le temps n'est toutefois pas très-éloigné où l'on pratiquait encore l'avivement et la suture à l'aveugle, en se fiant uniquement au sens du toucher. Les ciseaux, le bistouri, les aiguilles étaient conduits sur la pulpe du doigt et réséquaient, avivaient, perforaient tant bien que mal, à l'aventure, les bords de la fistule [1]. C'est à une tentative de ce genre que Dieffenbach assista dans sa jeunesse : bien qu'exécutée par un chirurgien célèbre du commencement de ce siècle, « l'horrible (*martervolle*) opération dura plusieurs heures, échoua et entraîna même la mort au bout de quelques jours. » L'illustre chirurgien de Berlin en conçut un tel effroi, que, s'il n'avait vu plus tard, à Paris, Dupuytren guérir une fistule vésico-vaginale avec le cautère actuel, il n'eût jamais osé s'attaquer à cette formidable lésion [2]. On sait que s'enhardissant dans la suite, il fit des essais multipliés et varia beaucoup les procédés de suture; mais il s'attacha surtout à rendre les fistules accessibles, en attirant au dehors la cloison vésico-vaginale [3], idée importante, qui a trouvé beaucoup d'adhérents.

L'emploi des spéculums et les tractions exercées sur la paroi où siége la perforation, remplissent assez bien le but, mais sans doute ils furent parfois inefficaces, ou du moins ne parurent pas toujours suffisants, car une foule d'expédients furent imaginés pour amener la fistule à l'extérieur, dans le double but sans contredit de la voir distinctement et surtout de l'opérer presque à ciel ouvert. Cette dernière intention, bien qu'un peu dissimulée, n'est guère contestable ; en effet, depuis longtemps certains auteurs avaient avancé que le décubitus sur les genoux et les coudes remplit d'une manière

---

(1) En 1812, Nœgele, l'inventeur des instruments unissants et de plusieurs procédés ingénieux de suture, ne songe point à utiliser le spéculum pour cette opération, et cependant, dès le dix-septième siècle, l'emploi de cet instrument avait été recommandé par Roonhuysen.

(2) *Medicinische Zeitung... von dem Verein für Heilkunde in Preussen.* — Berlin, 1836, p. 117.

(3) Cependant Dieffenbach, en 1845, dans l'œuvre capitale, fruit de son immense expérience et reflet de son incomparable habileté, décrit encore complaisamment un procédé à exécuter avec l'aide seule du toucher. A la vérité, voici ce qu'il en dit : « L'application de la suture par le toucher seul est une tâche difficile qui exige beaucoup de pratique et une grande imagination. On doit se figurer qu'on est aveugle, et qu'on a des yeux au bout des doigts, on ne doit opérer de la sorte que si l'on ne peut amener la fistule en vue par la traction et que l'étroitesse trop grande des parties ne permette pas d'introduire le spéculum. » — *Operative chirurgie*, t. I, p. 562.

complète, et dans la plupart des cas, le premier désidératum. Si, au lieu d'adopter généralement cette attitude si favorable, les chirurgiens ont mieux aimé gémir sur les prétendues tortures qu'elle impose aux opérées, je les soupçonne d'avoir moins pensé au côté humanitaire qu'à leur commodité personnelle, peu soucieux qu'ils étaient d'aller opérer laborieusement à plusieurs pouces de profondeur dans un vagin encombré d'instruments dilatateurs. Sans avoir le cœur plus endurci, mais en possession d'un appareil instrumental plus parfait, moins compliqué, les opérateurs du temps présent font coucher les femmes sur les genoux et les coudes ou même sur le côté, et, sans autre préparation, ils voient, atteignent, avivent et suturent, le tout sans beaucoup de peine, la presque totalité des fistules vésico-vaginales. Tout en restant convaincu qu'il est préférable d'opérer sur place que d'attirer de vive force les parties à l'extérieur, et que, par conséquent, le décubitus en pronation ou sur l'une des hanches (M. Sims) frappe de stérilité la plupart des moyens proposés pour abaisser la cloison, nous croyons utile de rappeler ces moyens, non pour en généraliser l'usage, mais pour les recommander à titre de ressources exceptionnelles, car nous reconnaissons qu'il existe des fistules d'un abord très-difficile, même dans les attitudes que nous préconisons. Or, la première condition pour exécuter les opérations délicates d'une manière méthodique, c'est de voir ce que l'on fait, sans quoi on omet facilement une petite précaution, on avive imparfaitement, on place mal une suture et, en définitive, on recueille l'insuccès. Moins une fistule vésico-vaginale est accessible, moins on a de chances de la guérir.

Plusieurs causes assez distinctes peuvent soustraire plus ou moins complétement la lésion aux regards et à l'abord des instruments. J'en ferai l'énumération sommaire :

A. Il existe dans l'intérieur du vagin, au-dessous de la fistule, des brides transversales plus ou moins saillantes ou un rétrécissement plus ou moins long et étroit, qui masquent tout à fait la perforation. Les cas de ce genre sont très-communs, tous les auteurs en rapportent des exemples.

B. La partie supérieure du vagin, siége de la fistule, est fixée par des adhérences plus ou moins fortes et courtes à la face postérieure du pubis, là où l'œil ne peut parvenir.

C. Quoique siégeant au niveau du bas-fond, l'orifice fistuleux est relégué au centre d'une dépression infundibuliforme, dont la formation est due à la rétraction inodulaire, à des adhérences extra-vaginales, à des brides cicatricielles.

D. Enfin, la fistule est difficile à voir, parce qu'elle occupe les bords latéraux du vagin et surtout les côtés du cul-de-sac vagino-utérin. La profondeur à laquelle elle est placée la rend déjà peu visible; mais ce qui gêne surtout l'exploration, c'est que les perforations latérales sont souvent compliquées d'adhérences solides aux parois pelviennes, adhérences qui ne permettent pas la mobilisation et la migration vers la vulve de la région du vagin occupée par la fistule. Quoique mon expérience soit encore limitée, j'ai observé déjà la plupart de ces dispositions, et j'ai eu à lutter contre elles. Dans un cas remarquable, qui appartenait à la quatrième catégorie, je partageai l'avis qu'il n'y avait point lieu d'opérer. Voici un extrait des notes que j'ai recueillies sur ce cas en 1861.

Obs. J'ai examiné, avec MM. Blot et Richet, une femme accouchée à la Clinique quelques mois auparavant, et qui était entrée dans le service de ce dernier chirurgien pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale. M. Blot, qui a fait, je crois, recueillir cette observation, essaya vainement de découvrir après l'accouchement les limites précises de la perforation, quoiqu'elle eût assez de largeur pour permettre l'introduction facile de deux doigts dans la vessie et qu'elle donnât issue à un prolapsus vésical volumineux.

M. Blot se joignit à M. Richet et à moi-même dans les examens ultérieurs, mais nous ne fûmes pas plus heureux; des explorations multipliées tentées dans toutes les postures imaginables et avec tous les spéculums possibles, ne nous permirent jamais de voir la perforation dans son ensemble. On n'en apercevait que la portion la plus rapprochée de la ligne médiane et encore à grand'peine, à cause du prolapsus presque incoercible de la vessie. Par le toucher, on constatait que la fistule, siégeant très-haut à gauche, occupait la partie latérale antérieure et supérieure du cul-de-sac vaginal; elle semblait s'étendre obliquement entre le pubis et l'utérus, elle était entourée d'une masse considérable de tissu cicatriciel qui la fixait solidement, ainsi que la matrice, au détroit supérieur du bassin vers le niveau de la crête pectinéale. Le doigt se perdait au milieu de nombreux lobules indurés et inégaux, dont un certain nombre représentait sans doute les débris du col utérin. J'exprime ce doute, parce qu'il nous fut toujours impossible d'apercevoir ce dernier organe avec le spéculum. Je n'ai pas besoin de dire que l'étendue et la solidité des adhérences immobilisaient d'une manière absolue le pourtour de la fistule et rendaient impossible toute tentative d'abaissement de la matrice ou de la cloison vésico-vaginale. M. Richet pensait que la seule opération praticable serait l'oblitération du vagin, à coup sûr la suture ne pouvait pas être mise en question.

Heureusement que les difficultés sont d'ordinaire moins insurmontables.

Dans la première opération que j'ai pratiquée, le vagin, sans pré-

senter de rétrécissement cicatriciel, était toutefois très-peu spacieux, et comme la fistule était en même temps très-profonde, j'eus de la peine à opérer. Dans un autre cas, je fus gêné par une disposition tout à fait inverse : la fistule était petite et la paroi vaginale très-mobile, très-ample, en quelque sorte exubérante ; elle formait de gros plis, qu'il fallait déprimer et refouler à chaque instant pour apercevoir l'orifice. Dans un troisième cas, la paroi vaginale était le siége d'un pli profond déterminé par une forte bride en forme de colonne longitudinale, la perforation occupait le fond du pli. J'ai vu récemment une dame qui a été opérée trois fois par deux chirurgiens célèbres de Paris. Elle n'est point guérie. Sur un des côtés du vagin existe une dépression infundibuliforme qui admettrait tout au plus une sonde de femme et dont l'œil ne voit point le sommet ; c'est au fond de cette dépression que persiste l'orifice anormal que je n'ai pu voir tout d'abord, mais dont l'existence m'a été facilement démontrée par une injection laiteuse. Enfin, dans la dernière opération que j'ai pratiquée, la difficulté de voir la fistule tenait d'abord à l'existence d'une bride transversale sous-pubienne, cloisonnant le vagin, puis à des adhérences solides qui maintenaient la fistule appliquée derrière la symphyse.

Les conditions que je signale ne paraissent donc pas rares et les obstacles peuvent même siéger hors des voies génitales. Ainsi M. Bauchet opéra deux fois une malheureuse femme qui avait une sorte de fausse ankylose double des articulations coxo-fémorales. Cette difformité rendait très-difficile l'introduction convenable du spéculum et par là ne fut pas sans influence sur l'insuccès des opérations.

En signalant ces obstacles, je laisse de côté les fistules vésico-utérines cachées par le museau de tanche, puis les fistules urétéro-utérines, aussi bien que ces orifices invisibles et introuvables à première vue, en raison de leur extrême étroitesse [1].

(*La fin au prochain numéro.*)

[1] Je donne ici quelques indications bibliographiques pour les praticiens qui voudraient approfondir ce point particulier. — J.-L. Petit, obs. de Mme de***, — Chopart, *Maladies des voies urinaires*, édit. Pascal, 1830, t. I, p. 482. — Jobert, *Chirurgie plastique*, t. II, p. 319, 320, 322, 354, et obs. 100, 102, 103 ; *fistules vésico-utérines*, obs. 22 et 23; thèse de M. Cafezogle, nº 97, 1859, p. 31 et 42. — Bozeman, obs. 2, 11, 16, 17, 26, 27. — Baker-Brown, obs. 5, 8, 11. — Eben Watson, obs. 6, *Medic. times*, 1860, t. I, p. 617. — Simon, de Darmstadt, premier mémoire, obs. 6 ; deuxième mémoire, obs. 5 et 9. — Thèse de Demetropoulos, 1857, p. 11 et 29, etc., etc., 1re obs. de Deyber, *Répertoire d'anatomie*, t. V, etc., etc.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Encore un mot sur l'oxydoiodure d'antimoine, et sur son mode de préparation.

Par M. le docteur VAN DEN CORPUT.

A la suite de la publication de mon mémoire sur les applications thérapeutiques des iodure et oxydoiodure d'antimoine dans votre savant recueil, M. le docteur Le Brument et M. Périer, pharmacien à Rouen, ont, de leur côté, fait connaître un travail sur l'iodure neutre d'antimoine et l'iodure double d'antimoine et de fer, soumis par eux à l'appréciation de l'Académie impériale de médecine de Paris, mais sur lequel jusqu'à ce jour aucun rapport n'a été présenté.

Cette circonstance que le mémoire de MM. Le Brument et Périer est resté inédit, jointe à sa publication postérieure à celle de mon travail sur l'oxydoiodure, en montrant comment les recherches de ces honorables praticiens me sont restées inconnues, pourraient me dispenser de toute réclamation au sujet de la note qu'ils ont cru devoir ajouter à leur mémoire. Je n'aurais en conséquence qu'à m'incliner devant la courtoisie avec laquelle ces messieurs ont bien voulu mentionner mon travail dans leur article, si, en y ajoutant la question de priorité et en présentant mes recherches comme subordonnées aux leurs, ils ne s'attribuaient sur mes idées une sorte de suzeraineté contre laquelle l'exactitude des faits m'ordonne de protester.

Certain passage de leur notice pouvant, en effet, donner à penser que j'aurais empiété sur la propriété d'autrui, je crois devoir dissiper par quelques éclaircissements toute interprétation fausse à cet égard et replacer la question sous son véritable jour. C'est aussi dans la persuasion que les auteurs de l'article sur l'*iodure neutre d'antimoine* reconnaîtront eux-mêmes que le sujet de mes recherches est complétement distinct du leur, que je vous adresse ces quelques lignes, avec prière de leur donner place dans votre intéressant *Bulletin*.

Il suffit, d'ailleurs, d'une simple lecture de l'excellent travail de MM. Le Brument et Périer pour se convaincre, en le rapprochant du mien, que, tandis que leurs remarques portent exclusivement sur l'iodure neutre d'antimoine et sur le produit complexe résultant de la combinaison de celui-ci avec l'iodure de fer, les observations qui me sont propres ont pour but spécial l'étude de l'oxydoiodure

basique d'antimoine, combinaison qui se forme par le contact de l'iodure neutre avec l'eau.

La déférence dont attestent ces messieurs me donne en outre la garantie qu'ils ne peuvent, en réalité, considérer comme titre possessoire la reproduction d'une de mes formules qu'ils ont annexée à leur travail et dans laquelle ils se sont bornés à une très-légère modification de détail. Leur mémoire, en effet, ne fait nulle mention de l'oxydoiodure comme de la forme à laquelle se réduit, en définitive, l'iodure neutre d'antimoine, par suite de la transformation qu'éprouve celui-ci au contact des liquides et des sécrétions du tube digestif.

Cette circonstance offre cependant, au point de vue pratique, une importance qu'on ne peut contester, car elle montre que l'oxydoiodure est la véritable et seule forme pour l'administration interne de l'iodure d'antimoine. C'est aussi après avoir étudié la nature des modifications éprouvées par ce dernier sel, dont les propriétés caustiques ont été, d'ailleurs, reconnues par ces messieurs, que j'ai été conduit à la préparation et à l'emploi de l'oxydoiodure ; et ce n'est encore qu'après avoir mûrement réfléchi aux conditions de ses applications et vérifié par des expériences entreprises depuis longtemps le mode d'action de ce médicament sur l'économie animale, que j'ai pu, le premier, établir ses caractères et ses propriétés inconnus jusque-là.

Il semble, par conséquent, logique de conclure que MM. Le Brument et Périer ne peuvent, sérieusement, réclamer aucune priorité sur un sujet dont ils n'ont point traité et qu'ils ont même complétement méconnu. Mais il y a plus, c'est que, rigoureusement, ces messieurs n'ont droit à d'autres prémices qu'à celles de l'iodure double d'antimoine et de fer, la seule des préparations iodo-stibiées pour l'étude de laquelle ils soient les premiers en date.

En effet, quant à l'iodure d'antimoine que MM. Le Brument et Périer désignent sous le nom d'*iodure neutre*, les recherches que j'ai entreprises à l'occasion de leur travail, dans le but de réunir toutes les données relatives à ce médicament, m'ont conduit à constater que l'application thérapeutique de l'iodure neutre d'antimoine est de beaucoup antérieure à leur mémoire, et qu'elle doit être rapportée à feu M. le docteur Dupasquier, de Lyon, puisque, dès 1847, ce praticien avait proposé l'usage interne de l'iodure d'antimoine, découvert en 1828 par Berthelot, comme agent thérapeutique doué de propriétés excitantes et altérantes très-prononcées. M. Dupasquier prescrivait également l'iodure d'antimoine dans les

catarrhes chroniques des bronches, à doses très-voisines de celles proposées par M. Le Brument, c'est-à-dire de 4 à 5 milligrammes.

D'autre part encore, le docteur Copney, en Angleterre, avait aussi fait usage, vers 1837, de l'iodure d'antimoine, dont il indiqua à la fois le mode de préparation et les propriétés. Enfin, le docteur Jourdan, dans sa *Pharmacopée universelle*, publiée en 1840, indique, de son côté, un mode de préparation de l'iodure d'antimoine d'après Guibourt, Cottereau, etc.

Mais aucun de ces praticiens n'avait, jusqu'ici, fixé son attention sur l'instabilité de cette préparation, ni moins encore déterminé les propriétés et les caractères de l'oxydoiodure qui résulte de son contact avec l'eau. Les seules indications relatives à ce sel se résument dans le fait mentionné par quelques traités de chimie, de sa formation par décomposition de l'iodure.

Aussi, l'absence complète de tous renseignements relatifs à la préparation de l'oxydoiodure, aussi bien qu'à son emploi thérapeutique, pouvant faire éprouver quelques difficultés pour l'obtention de ce produit, d'après les indications sommaires que j'ai tracées dans mon précédent article, je crois utile de compléter celles-ci, en ajoutant que les proportions qui, pour la préparation de l'oxydoiodure, m'ont paru le plus convenables, sont :

Chlorure antimonieux cristallisé..........	10 grammes.
Iodure de potassium.	10 grammes.
Acide chlorhydrique fumant............	100 grammes.
Eau distillée..........................	1 litre.

On dissout le chlorure antimonieux dans l'acide chlorhydrique et l'on étend la solution de 1/2 litre d'eau ; d'autre part, on fait dissoudre l'iodure potassique dans une petite quantité d'eau, et, après avoir mélangé cette solution avec la première, l'on ajoute peu à peu le reste de l'eau à la liqueur.

Il se produit un précipité qui, jaune pâle d'abord, ne tarde pas, après une légère agitation, à présenter la belle couleur jaune orangé de l'oxydoiodure. Ce précipité est ensuite recueilli sur un filtre, convenablement lavé, puis séché à une douce chaleur. La réaction qui s'opère dans ces circonstances est représentée par :

$$SbCl^3 + KI + ClH + 2HO = SbO^2I + KCl + 3ClH.$$

Relativement aux propriétés du produit dont il est question, je ne m'occuperai point ici de la discussion de quelques points de thérapeutique et de chimie sur lesquels mes observations ne s'accordent pas d'une manière parfaite avec celles de MM. Le Brument et

Périer, j'insisterai seulement, comme preuve de l'exactitude des résultats qui ont été consignés de part d'autre, sur la concordance des faits recueillis des deux côtés. Il me suffira de faire ressortir, parmi les analogies qui ont été observées dans le mode d'action de l'iodure et de l'oxydoiodure, ce fait important, savoir, que les remarques de M. Le Brument, sur les propriétés désassimilatrices de l'iodure neutre d'antimoine, dans la tuberculose pulmonaire, viennent confirmer de la manière la plus complète les observations que j'avais recueillies de mon côté, touchant les propriétés colliquatives de l'oxydoiodure dans la phthisie pulmonaire, maladie dans laquelle les préparations iodo-stibiées ne font que hâter la fonte des tubercules. Mais, si la conformité des conclusions auxquelles nous ont conduit des recherches complétement isolées et recueillies dans des localités éloignées témoigne en faveur de la rigoureuse exactitude des observations, aussi bien que des effets réellement actifs des préparations iodo-stibiées ; d'autre part, les affections différentes dans lesquelles ces préparations ont été appliquées de part et d'autre, suffiraient pour trancher une distinction radicale entre les deux mémoires, si déjà les circonstances que nous avons signalées n'établissaient entre eux des différences bien nettes.

En effet, tandis que les auteurs précités proposent l'administration de l'iodure neutre d'antimoine dans le traitement de quelques formes de phthisies tuberculeuses, dans celui des catarrhes pulmonaires, des scrofules et du rhumatisme noueux, c'est spécialement dans les pneumonies et les bronchites aiguës, dans l'œdème pulmonaire, dans les affections rhumatismales aiguës et certaines péricardites ou endocardites que j'ai trouvé l'oxydoiodure d'antimoine, particulièrement indiqué et jouissant d'une efficacité vraiment remarquable comme agent résolutif et altérant énergique. Mais les effets les plus précieux de ce médicament, son action que l'on pourrait dire spécifique, eu égard à la rapidité des guérisons que souvent il produit, se manifestent, suivant mes observations, de la manière la plus éclatante dans le traitement des pneumonies, affections sur lesquelles le mémoire de M. Le Brument est complétement muet.

Les considérations qui précèdent suffiront, je pense, pour démontrer que le mémoire de M. Le Brument et le mien, bien que engendrés sans doute par les mêmes réflexions, portent sur des points essentiellement différents et qu'ils constituent des travaux bien distincts, qui, s'ils ne peuvent tous deux prétendre au premier rang, n'en ont pas moins fourni des idées neuves et utiles à la

science; car si les auteurs de l'article auquel je me trouve forcé de répondre peuvent légitimement revendiquer la priorité pour l'emploi médicinal de l'iodure double d'antimoine et de fer, ils ne contesteront pas l'initiative non moins importante qui m'est acquise par mes études thérapeutiques et chimiques de l'oxydoiodure d'antimoine.

Des sels de peroxyde de fer comme succédanés du sous-nitrate de bismuth.

Le sous-nitrate de bismuth, depuis la publication que nous avons faite des recherches de M. le professeur Monneret, est devenu un agent thérapeutique de première nécessité. Malheureusement, son prix qui, à cette époque, ne dépassait pas 4 francs, s'est élevé peu à peu à 7. Enfin, depuis quelque temps et avec une prodigieuse rapidité, il est arrivé à 70 francs. Si ce renchérissement reste stationnaire, il est à craindre que ce précieux médicament doive être rayé de la médecine des pauvres. Aussi MM. Monneret et Regnault s'occupent-ils de lui chercher un succédané. M. Bouchardat s'est, de son côté, préoccupé de la question, et vient proposer l'emploi de sels de peroxyde de fer.

Le savant pharmacien partant de l'idée que le sous-nitrate de bismuth n'agit qu'à cause de la propriété qu'il possède de désinfecter les matières contenues dans l'appareil digestif en formant un sulfure insoluble, a pensé tout d'abord à l'hydrate de protoxyde de fer qui jouit de la même action, ou mieux peut-être au sous-nitrate de peroxyde de fer tribasique.

Cet essai étant complétement inoffensif, nous le signalons à ceux de nos lecteurs qui ne dédaignent pas les applications nouvelles des agents thérapeutiques. La dose serait de 1 à 2 grammes, additionnée d'une égale quantité de sucre ou d'une poudre inerte quelconque.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Réflexions sur la nature et le traitement des hydrocéphalies aiguës dans les temps actuels. Cas de cette maladie suivi de guérison.

Dans les climats tempérés, les fluxions aiguës qui amènent des épanchements séreux dans l'encéphale sont une complication assez fréquente des divers états morbides de l'enfance ; ce sont des événements généralement funestes, qu'il suffit presque de reconnaître pour

ne plus conserver aucune espérance d'amener à une terminaison favorable les maladies où ils se montrent. Le découragement du médecin s'accroît encore si une série malheureuse de faits, par une cause souvent ignorée, ne lui laisse de longtemps recueillir aucun fruit de ses efforts.

Depuis notre dernière communication (*Bulletin de Thérapeutique*, 1860) sur le traitement de l'hydrocéphalie aiguë par le mercure à haute dose, et en frictions, un assez grand nombre de cas de cette affection se sont présentés dans notre pratique et, jusqu'à ces derniers temps, nous avons été obligé d'inscrire tous ces faits sur notre livre des décès. Aussi, le souvenir des succès autrefois obtenus par nous, dans des événements semblables, nous semblait déjà une vague illusion; suspectant de plus en plus le diagnostic que nous avions porté dans les cas venus à guérison, nous allions, bien à contre-cœur, nous ranger dans le camp des pessimistes éminents qui ont proclamé l'incurabilité absolue de la maladie dont il s'agit.

Nous venons de réussir aujourd'hui dans un des cas les plus graves qu'il nous ait été donné d'observer; nous étions loin cependant de nous attendre ici à une bonne terminaison, car aux fâcheux pressentiments que nous donnaient les constants insuccès des deux dernières années s'ajoutait encore la pensée qu'il nous était impossible d'arriver à la guérison chez un sujet ayant dépassé les premières années de l'enfance. La jeune fille dont nous allons bientôt dire l'histoire avait atteint sa quatorzième année, circonstance fort aggravante pour le pronostic, quand on considère que la plupart des exemples heureux mentionnés par les auteurs ont été pris chez des enfants âgés seulement de quelques mois à quatre ou cinq ans.

Ce n'est point le mercure qui nous a le mieux réussi cette fois; des aphthes sans nombre ne nous ont pas permis de poursuivre longtemps l'emploi de cet agent qui, il faut en convenir, ne nous a pas rendu dans les deux dernières années les services que des essais antérieurs avaient semblé nous promettre. A quoi attribuer une semblable inefficacité? La raison en est sûrement en grande partie dans la nature des affections régnantes, un peu peut-être aussi dans les conditions particulières inhérentes aux malades eux-mêmes. Nous hasarderons à ce sujet quelques conjectures.

De 1857 à 1860, le génie médical était surtout catarrhal et muqueux; l'alliance de ces deux modes affectionnels dans le fond morbide de l'époque n'avait rien d'anormal, et ne pouvait amener aucun antagonisme dans les symptômes des maladies, ni dans leurs juge-

ments naturels. Aujourd'hui, la constitution est devenue phlegmasique, sans rien perdre de son essence muqueuse; or, l'association de ces deux éléments pathologiques n'est pas seulement fort anormale, elle est encore la source de troubles divers dans le développement des maladies actuelles. L'état phlegmasique se juge, en effet, par des saignées naturelles ou artificielles, par des crises franches, d'autant plus favorables qu'elles sont plus complètes; l'état muqueux se juge, au contraire, par des séries de petites crises qui sont loin de mesurer leurs bienfaits sur l'abondance des évacuations. Tandis que l'une de ces affections a besoin de se terminer avec promptitude, surtout quand le cerveau est le siége du mal, l'autre se refuse absolument à tout mouvement brusque, excepté qu'une complication maligne ne précipite les accidents d'une manière funeste. Il y a plus, les crises répétées de l'état muqueux ne se font pas sans produire des alternatives de réaction et de concentration tout à fait contraires à la marche heureuse des congestions inflammatoires.

Les différences que nous venons de signaler dans la nature des dernières situations pathologiques ne peut être entièrement étrangère à la variété remarquée dans les effets de la médication mercurielle dans l'hydrocéphalie aiguë. S'il est vrai, comme le suppose le professeur Golfin, que les frictions hydrargyriques agissent dans cette maladie en activant les résorptions séreuses, il est naturel de penser que ce moyen thérapeutique doit être surtout efficace dans les fluxions dont les mouvements ne sont pas gênés ou affaiblis par quelque cause, et dont les crises secondées à la fois par les tendances curatrices des divers éléments morbides peuvent se produire librement; ce moyen doit agir moins bien dans les fluxions dont les mouvements sont embarrassés et dont les crises sont incomplètes ou difficiles, à cause de l'antagonisme existant entre les dispositions de chaque élément de la maladie.

En considérant les constitutions individuelles de nos hydrocéphaliques, nous trouvons quelques explications nouvelles de nos revers en 1860 et 1861.

Les cas d'hydrocéphalie aiguë doivent être divisés en deux catégories fort distinctes au point de vue du pronostic : chez les uns, la fluxion cérébrale tient à une fièvre, ou à une affection toute récente, et chez les autres, elle n'est que le dernier acte d'une diathèse incurable qui a été hâtée dans sa manifestation par une maladie intercurrente. Les cas de cette dernière sorte ont été de beaucoup les plus fréquents dans les années mentionnées.

Chez plusieurs de nos jeunes sujets, la faiblesse de la constitution, ou des sueurs profuses tenant à un état muqueux et catarrhal, nous ont quelquefois fait négliger l'usage d'une légère évacuation de sang dans le principe; or, dans les temps actuels, plus que jamais, c'est une faute de ne pas chercher à enrayer ou à amender dès le début les congestions cérébrales de l'enfance par l'application d'une ou de deux sangsucs à chaque malléole. On peut se convaincre de cette assertion en remarquant que ce moyen thérapeutique a été très-rarement oublié dans les cas d'hydrocéphalie aiguë terminés par la guérison; on conviendra toutefois qu'une hésitation dans le diagnostic est bien possible au début de cette maladie et expose souvent le praticien à la négligence dont il est ici question.

Enfin, chacun sait que certains malades sont très-sensibles à l'action du mercure, et qu'on ne peut longtemps continuer chez eux l'usage de cet agent sans amener des altérations nombreuses dans les muqueuses buccales; nous avons dû assez souvent renoncer aux frictions mercurielles, à cause de cette circonstance. Si cet effet a été bien plus rarement observé dans les cas déjà publiés par le professeur Golfin et par nous-même, cela nous paraît devoir être attribué à l'absence des complications aujourd'hui régnantes qui augmentent d'une manière très-remarquable toutes les dispositions individuelles aux altérations des muqueuses digestives.

Nous allons maintenant donner, sans l'accompagner d'aucune autre réflexion, l'observation qui a été le prétexte de cette note. Si le plus grand bénéfice ici obtenu doit être attribué à de rudes frictions au tartre stibié et à l'huile de croton sur le cuir chevelu, nous appellerons cependant l'attention sur la variété des indications que nous avons dû nous attacher à remplir. Nous en avons la conviction, un seul moyen, si énergique ou si convenable qu'il soit, ne saurait jamais suffire à la guérison de l'hydrocéphalie aiguë, maladie qui ne repose jamais sur un fond d'identique nature, et qui est toujours le fruit d'états élémentaires divers. Nous croyons aussi utile de mentionner particulièrement les précautions que nous avons prises en vue d'amener à leur entier effet les frictions sur le cuir chevelu et de favoriser une longue révulsion sur cette vaste région. Nous avons vu bien des fois échouer ce moyen thérapeutique mis en usage dans des moments fort opportuns; mais, dans la plupart de ces cas, le remède avait été appliqué d'une manière très-incomplète, comme avec crainte, sans le moindre adjuvant. Dans les maladies d'une semblable gravité, on doit souvent attribuer les revers aux hésitations et aux demi-mesures dans l'emploi des médications énergiques.

Obs. *Fluxion catarrhale, muqueuse et inflammatoire vers l'encéphale. — Etat vermineux. — Hydroencéphalie aiguë. — Saignées révulsives et dérivatives. — Frictions mercurielles à haute dose. — Purgatifs anthelmintiques. — Vésicatoires aux mollets, aux bras, à la nuque. — Insuffisance de ces moyens. — Frictions sur le cuir chevelu avec une pommade au tartre stibié et à l'huile de croton. — Guérison.* — Soulairol, Marie, âgée de treize ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a eu dans son enfance quelques croûtes laiteuses à la face et à la tête; depuis ce temps, elle a été rarement indisposée et n'a eu d'autre maladie que la rougeole. Le 13 février dernier, elle sentait depuis plusieurs jours une grande fatigue, de la céphalalgie, une disposition constante au froid; elle ne pouvait s'éloigner du feu sans avoir des frissons. Cette jeune fille attribuait son état au seul temps humide de la saison; sa mère accusait l'imprudence faite pendant quelques jours par la malade de se peigner les cheveux à une croisée exposée aux vents de l'est d'où venait alors une pluie froide et abondante.

Le 15 février au soir, l'état s'étant empiré, on nous fait appeler. La jeune malade est couchée; sa face est très-rouge; son pouls vif, serré, très-fréquent; il y a une céphalalgie frontale qui arrache des plaintes répétées à la souffrante. Les pupilles sont un peu serrées et la lumière produit une sensation pénible. Parole vive; assoupissement et rêvasseries. Peau du corps chaude et sèche; dans l'après-midi, il y a eu des frissons et un peu de tremblement. Urines rares, un peu rouges, claires; pas de selles depuis deux jours. Aucune lésion dans la poitrine. (6 sangsues aux malléoles; infusion de mauve miellée.

Le 16 février au matin, par incurie ou par avarice, les parents se sont contentés d'appliquer des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs et n'ont pas mis les sangsues prescrites. L'état de la veille persiste; seulement, il y a moins de netteté dans ses idées, plus d'assoupissement, des mouvements spasmodiques qui soulèvent tout le corps; il y a aussi quelques vomiturition. (Application des sangsues ordonnées la veille; 3 centigrammes de tartre stibié en lavage.)

Le soir, la rougeur de la face est moindre, la peau est moite, moins chaude. La malade répond lentement, mais raisonnablement, à nos questions; elle s'assoupit aussitôt après, et alors elle a des rêvasseries ou elle se plaint. Elle porte parfois les deux mains à sa tête. Il y a encore de la photophobie et des soubresauts de tout le corps. La langue est rouge aux bords et à la pointe, pointillée et saburrale au milieu; quelques vomissements, point de selles. (Cataplasmes sinapisés promenés sur les membres inférieurs; eau froide vinaigrée sur le front.)

Le 17 février, au matin, calme apparent; pouls moins fréquent; peau moins chaude; pâleur de la face. Réponses nettes à nos questions, mais, après celles-ci, assoupissement, délire vague, cris plaintifs. Pas de selles; urines rares, en partie involontaires. (30 centigrammes de calomel en six paquets; eau sédative sur la tête; tisane miellée d'orge et de mauve; cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs de temps en temps.)

A midi, face très-rouge ; soubresauts de tout le corps plus répétés ; chaleur plus vive ; même pouls que le matin. Assoupissement extrême; nous avons de la peine à faire entendre nos questions. (Une sangsue derrière chaque oreille, répétée de manière à produire un écoulement continu pendant plusieurs heures ; eau glacée sur la tête.)

Le 18 février, au matin, quatrième jour de la fièvre, nous trouvons encore la malade dans un moment de réaction. L'exacerbation survenue hier dans le milieu du jour avait duré pendant deux ou trois heures ; puis il était survenu une grande pâleur avec assoupissement profond. Urines involontaires; pas de selles ; soubresauts de tout le corps ; grincement des dents ; pouls à 80 pulsations. Une pilule toutes les deux heures avec 2 centigrammes de calomel et 1 centigramme de digitale en poudre.)

Vers dix heures du matin, la rougeur du visage fait place à une excessive pâleur; aucun signe d'amélioration. A quatre heures du soir, nouvelle réaction, qui dure huit heures. (Continuation des pilules ; lavement avec l'huile de camomille camphrée ; puis, celui-ci n'ayant pas agi, lavement à l'huile de ricin.)

Dans la nuit, selles abondantes, mêlées de quatre lombrics. Ces selles, rendues involontairement, sont composées de matières d'abord assez épaisses, puis très-liquides et fétides.

Le 20 février au matin, excessive pâleur ; face terreuse ; nez toujours sec, avec ailes plus minces et plus allongées. Il est impossible de faire sortir la malade de sa léthargie. On a beaucoup de peine à donner les tisanes; pouls à 70, normal pour l'intensité ; quelques vomiturítions. (Potion avec l'huile du ricin, l'eau de menthe et le sirop de limon.)

A dix heures du matin et à huit heures du soir, rougeur vive de la face, qui dure plusieurs heures et est remplacée par de la pâleur, pendant laquelle les traits sont très-tirés. (Une friction mercurielle de 3 grammes toutes les trois heures, tantôt à la partie interne des cuisses, tantôt sur les côtés de la tête.)

Le 21 février, septième jour, quatre nouveaux lombrics dans des selles involontaires; aucune amélioration, malgré quelques sueurs à la face. (Même traitement.)

Le 22 février, deux longs moments de réaction. (On applique un vésicatoire à chaque bras.)

Le 23 février, nous nous apercevons que des aphthes couvrent le bord interne des lèvres, et la langue paraît en être garnie sur ses bords. Etat léthargique ; grincements très-fréquents des dents ; selles abondantes, liquides, vertes, sans nouveaux lombrics. (Suspension des frictions mercurielles; vésicatoire à la nuque. Laver les gencives avec une mixture de miel rosat et de borax.)

Du 24 février, dixième jour, au 2 mars seizième jour, les progrès de la maladie se poursuivent avec une excessive lenteur, mais l'état empire toujours. Une, deux, ou un plus grand nombre de fois par jour, il survient de la rougeur sur une pommette ou sur les deux ; en même temps le pouls, dont la fréquence n'augmente pas et qui est d'une régularité remarquable sous ce rapport, acquiert un peu

plus de roideur. Après cette réaction, la face devient très-pâle, très-terrense; le nez est effilé, sec, garni de poussière ; les traits sont tirés; la physionomie est sans expression. En soulevant les paupières, le globe de l'œil reste immobile, et la lumière n'affecte nullement les pupilles; le blanc de la sclérotique est plus terne; il y a deux larges plaies d'une couleur brunâtre aux régions fessières. Commencement de carphologie très-nette. Mâchoires presque constamment serrées l'une contre l'autre, et il est très difficile de faire rien prendre à la malade, que les assistants sont très-étonnés de voir vivre si longtemps sans la moindre alimentation. Un peu de bouillon de poulet a été essayé, mais suspendu, parce qu'il a semblé provoquer une vive réaction. Selles et urines involontaires, sans autres lombrics; respiration paisible. Le corps entier exhale une odeur putride.

Nous faisons tailler les cheveux, et puis frictionner tout le cuir chevelu avec une pommade composée de 8 grammes d'axonge, 16 gouttes d'huile de croton, 1 gramme de tartre stibié pour deux frictions à faire à huit heures d'intervalle.

Le 5 mars, dix-neuvième jour, aucune éruption ne s'étant encore produite, nous faisons renouveler la pommade, en portant à 20 gouttes la dose de l'huile, et à 2 grammes celle du tartre stibié; puis nous recouvrons la tête d'une calotte de taffetas gommé.

Le 7 mars, les boutons se montrent en abondance, et, à peu près, dès ce moment, un écoulement séro-purulent s'établit sur toute la surface de la tête. Au bout de quelques jours, cet écoulement est si abondant, qu'on est obligé d'essuyer la calotte trois fois par jour.

Le 9 mars, vingt-troisième jour, nous remarquons que la malade se soulève, comme par instinct, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, ou se couche même sur le ventre, comme si elle voulait éviter d'appuyer sur les plaies des régions fessières; on la fait boire avec moins de peine. Il y a encore des alternatives de réaction et d'assoupissement extrême, dont rien ne peut faire sortir la malade.

Le 12 mars, vingt-cinquième jour, cette jeune fille prend elle-même le verre avec la main gauche; elle ne remue presque pas les membres du côté droit, et c'est sur ce côté qu'elle tend sans cesse à se coucher. Le cuir chevelu n'offre qu'une vaste plaie, qui transpire abondamment. Les aphthes de la bouche sont moins abondants; les plaies des fesses ont un meilleur aspect; il se forme d'autres plaies aux régions trochantériennes. Lait, bouillon de poulet, mixture mentionnée pour les aphthes.

15 mars, vingt-huitième jour, l'intelligence revient lentement; selles et urines encore involontaires. La main gauche est sensiblement plus forte que la droite, qui peut à peine serrer nos doigts. Moments très-rares de concentration, pendant lesquels la pâleur est assez grande; la physionomie sans aucune expression; les mains et les pieds se refroidissent alors pour quelques heures, pendant qu'une plus grande chaleur s'observe alors au front et sur le crâne.

A dater de ce jour, la convalescence se continue sans d'autres accidents remarquables. Pendant bien des jours encore, l'air d'hé-

bétude se conserve et la malade rit quelquefois comme une idiote ; elle demande de plus en plus à manger. Ce n'est que vers le quarantième jour de la maladie qu'elle pousse volontairement les selles.

Le 15 avril, les forces sont dans un excellent état, et toutes les fonctions paraissent s'exécuter normalement.

Dr Ronzier-Joly,
à Clermont-l'Hérault.

BIBLIOGRAPHIE.

Des affections nerveuses syphilitiques, par M. le docteur Léon Gros, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, ancien médecin en chef de l'hôpital de Sainte-Marie aux Mines, membre de la Société de médecine du département de la Seine, membre associé de la Société médicale des hôpitaux de Paris, etc., et M. L.-E. Lancereaux, interne lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique, etc., ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine (prix Civrieux, 1859).

En récompensant le travail remarquable dont nous allons parler dans cette notice, l'Académie impériale de médecine n'a fait que rendre justice aux efforts de deux laborieux observateurs pour élucider une question importante au double point de vue de la pratique et de la science. Ce n'est pas nous assurément qui viendrons faire entendre une voix discordante au milieu du concert d'éloges que cette intéressante monographie a provoqué au sein de l'Académie, comme en dehors de cette compagnie savante. Avant d'aborder l'analyse sommaire du livre de MM. Léon Gros et E. Lancereaux, nous risquerons cependant une remarque qui regarde plutôt l'Académie que les auteurs mêmes de ce livre. Si nous avons bien compris les termes de la fondation du prix dit Civrieux, cette fondation a eu uniquement pour but, dans la pensée de l'illustre bienfaitrice, de provoquer des travaux propres à élucider les questions relatives aux pures névroses. Or, est-ce réellement se placer à ce point de vue que d'effleurer en quelque sorte les véritables névroses syphilitiques, pour concentrer presque exclusivement son attention sur les névroses symptomatiques, dépendantes d'une carie, d'une exostose, ou d'une gomme syphilitiques? Si nous avions voix au chapitre de l'Académie, nous n'hésiterions pas à faire tous nos efforts pour l'empêcher de s'écarter de l'esprit du legs dont elle est appelée à faire bénéficier les travailleurs, dussions-nous par ce scrupule, que d'aucuns trouveront excessif peut-être, nous exposer à mettre hors de concours des travaux importants, sérieux, comme nous en pourrions citer quelques-uns. Nous ne savons si le caractère du travail

de MM. Léon Gros et Lancereaux, à le soumettre à cette coupelle extra-scientifique, eût échappé à cette loi sévère, mais couronné ou non, ce n'en serait pas moins un travail d'une valeur réelle, ainsi que nous allons le montrer dans ee eompte rendu sueeinct.

L'ouvrage de nos savants eonfrères se partage essentiellement en deux parties distinctes, qu'un lien didactique enehaîne logiquement; dans la première, les auteurs traitent des névroses syphilitiques, proprement dites, et dans la seconde, des affeetions nerveuses syphilitiques indirectes, e'est-à-dire symptomatiques, sympathiques, ou secondaires. En face de cette dichotomie classique se présente tout d'abord à résoudre une question doctrinale importante, c'est la question toujours abordée et jamais résolue de l'indépendanee absolue des véritables névroses du traumatisme anatomique. Depuis que Cullen a posé cette question, on peut dire que la solution qu'il en a donnée, et que tout le monde eonnaît, n'a été ébranlée, ni avancée, elle reste à peu près au point où il l'a laissée. Nous l'avouerons, il est diffieile de comprendre une lésion fonctionnelle, sans une lésion corrélative dans l'instrument organique qui l'explique : MM. Léon Gros et Lancereaux tendraient à être à cet égard plus explieites, et à vrai dire ils ne fournissent aucune raison nouvelle qui justifie eette quasi-affirmation du rapport nécessaire de la perturbation fonctionnelle au traumatisme pathologique. S'ils nous le permettent, nous engagerons ces laborieux auteurs à réfléehir eneore sur cette question avant de s'arrêter définitivement à la solution à laquelle ils inelinent : qu'ils consultent M. Claude Bernard sur ee point, et ils verront qu'une lésion fonctionnelle du système nerveux peut se eomprendre sans une lésion instrumentale qui lui eorresponde néeessairement. En est-il autrement, par exemple, de l'action de la strychnine, de la nicotine, de la morphine, de l'acide eyanhydrique, etc. ? « Pour expliquer les effets (de ces poisons), dit à ce propos l'illustre professeur du Collége de France, on admet que leur action sur les systèmes organiques, et surtout sur le système nerveux central, eonsiste en un effet de contact et d'une nature telle que les fonctions de ce système sont immédiatement troublées ou anéanties. L'impossibilité de constater matériellement les lésions produites par ces agents, les a fait nommer lésions vitales, lésions dynamiques [1]. » Et ces lésions dénommées ainsi peuvent être bien dénommées ainsi, car, en somme, que les propriétés de la matière vivante soient conçues antérieurement à elle, ou qu'elles soient un

---

[1] **Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses, p. 100.**

pur résultat de l'organisation, dans les deux cas elles sont, et l'effet de contact dont on parle, bien que agissant à travers la molécule matérielle, peut se concentrer dans ces propriétés qu'il anéantit, ou à un degré quelconque, et d'une manière quelconque. Mais nous ne voulons pas nous arrêter plus longtemps sur cette question, et allons de suite entrer plus franchement dans l'esprit même du travail dont nous nous occupons en ce moment, et qui est un travail tout d'observation.

Qu'il s'agisse de névroses syphilitiques proprement dites, ou de névroses symptomatiques de traumatismes syphilitiques divers, MM. Léon Gros et Lancereaux suivent la même méthode pour accomplir la tâche difficile qu'ils se sont imposée, et cette méthode est la bonne ; ils rapportent de nombreuses observations qu'ils doivent à leur propre expérience, ou qu'ils empruntent aux auteurs qui les ont précédés dans la même direction d'idées. Nos distingués confrères ne se font point illusion à cet égard, ils savent que toutes ces observations n'ont point un cachet de sévérité qui les fera admettre sans conteste ; ils poussent même là-dessus le scrupule plus loin que M. Yvaren dans ses *Métamorphoses de la syphilis ;* mais, même avec ces prudentes restrictions, l'ensemble des faits qu'ils produisent met en vive lumière la réalité des névroses syphilitiques. Nous dirons plus, les observations contemporaines, par la netteté de leur signification, tendent à donner de l'authenticité aux observations incurables du même ordre, si nous pouvons ainsi dire, dues aux médecins du seizième ou du dix-septième siècle. Douleurs rhumathoïdes, insomnie, névralgies de tout siége, éclampsie, épilepsie, chorée, paralysies partielles ou généralisées, asthme, catalepsie, hystérie, aliénation mentale, viscéralgies diverses, toutes les variétés des névroses symptomatiques ou idiopathiques peuvent se produire comme expression une et diverse tout à la fois de l'infection syphilitique, et nos laborieux auteurs en citent d'authentiques observations. Dans l'état de la science sur cette question, nous le répétons, c'était à l'expérience, aux faits, qu'il fallait d'abord s'adresser pour substituer la certitude au vague sentiment de la réalité auquel se réduit, dans la plupart des auteurs, la science sur ce point important de pratique. Le temps n'était pas venu de passer de cette analyse laborieuse à quelque tentative de synthèse, où les faits sont reliés entre eux par un principe général qui les commande, et les auteurs s'en sont prudemment abstenus. Ce serait toutefois fausser l'idée qu'on doit se faire de leur ouvrage, que de laisser croire que celui-ci ne consiste qu'en une fastidieuse énumération

de faits ; la plupart de ces faits sont accompagnés de sobres et presque toujours judicieux commentaires, qui, s'ils ne prétendent pas à préparer une théorie générale de ce point de la science, offrent au moins à l'esprit les explications partielles qui sont déjà autre chose que du pur empirisme. Dans cette voie, MM. Léon Gros et Lancereaux se sont infailliblement heurtés à divers systèmes qu'on rencontre en syphilographie comme ailleurs : avec une circonspection que nous approuvons, ils se sont retenus sur la pente, et renfermés dans la prudence du doute ; c'est ici surtout qu'on peut se demander, avec un des esprits les plus profonds de ce temps-ci, M. Renan : « Qui sait si la plus grande délicatese d'esprit ne consiste pas à s'abstenir de conclure? » Aussi circonspect que nos savants confrères, et avec non moins de raison peut-être, nous nous garderons bien de chercher à les entraîner hors de la voie où ils se sont renfermés : nous leur soumettrons seulement à cet égard une simple réflexion, dont ils feront profit quelque jour, s'ils la trouvent juste.

Au fond de ces névroses si diverses de physionomie, il y a un élément étiologique unique, c'est l'*ens* syphilitique, le miasme, le virus morbide ; quelle est donc la cause qui fait sortir des manifestations si diverses de cet unique élément, de cet unique *impetum faciens ?* La raison de ce fait, il fallait la rechercher ; et si MM. Léon Gros et Lancereaux s'étaient efforcés de pénétrer le secret de cette variété de formes dans l'unité de cause, peut-être auraient-ils compris que c'est là un effet qui nous révèle les propriétés morbides innées, héréditaires, ou lentement développées de l'organisme vivant : à l'impression du virus syphilitique, le système nerveux répond chez l'un par l'épilepsie, chez un autre par la monomanie, chez un troisième par la chorée, etc., suivant l'impressionnabilité, le mode inné ou acquis de la réceptivité pathologique de l'organe de l'innervation. C'est encore parce qu'il en est ainsi, que ces manifestations morbides ne se présentent que d'une manière exceptionnelle chez quelques individus, dans la foule innombrable de ceux qui, à une époque de la vie ou à une autre, ont eu maille à partir avec l'affection syphilitique, et que les névroses de cet ordre ne sont qu'un accident rare de cette contamination de l'économie vivante.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que des deux premières parties qui composent l'ouvrage que nous examinons en ce moment ; mais il a une troisième partie, qui ne le cède en rien aux deux premières, par l'importance pratique des questions qui y sont traitées : cette troisième et dernière partie a trait au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique des névroses syphilitiques. Nous dirons un mot seu-

lement de la première de ces questions, celle du diagnostic. Le diagnostic de ces névroses est-il possible, dans l'état actuel de la science? Plusieurs, et parmi ceux-là, un des hommes les plus compétents assurément en cette matière, M. Diday, estime qu'en l'absence de lésions actuelles, topiques, nettement spécifiques, ce diagnostic est purement conjectural. Devant une telle autorité, j'avoue que j'ai peur que l'affirmation infiniment plus explicite de MM. Léon Gros et Lancereaux n'aille un peu au delà de ce que nous enseigne réellement la nature, pour me servir d'un mot de Haller. Comme pourtant, en somme, ce n'est pas en doutant qu'on marche, qu'on me permette de dire en finissant à quels signes, autres que ceux qui sont nécessaires à l'éminent médecin de Lyon, nos auteurs ne craignent d'affirmer la nature syphilitique d'une névrose. Dans l'opinion de ces auteurs, le diagnostic repose sur l'apparition de l'affection en dehors des conditions d'âge qui président ordinairement à son développement; sur l'absence des causes ordinaires des affections nerveuses (ce qui est un peu en contradiction avec l'influence des causes accessoires du développement de la névrose syphilitique, telle qu'on l'a formulée ailleurs), sur l'absence de tout signe indiquant que l'affection nerveuse doit être rattachée à une autre eause ; sur la régularité de l'apparition de l'affection nerveuse à une période déterminée de la maladie générale ; sur l'apparition suceessive de phénomènes nerveux variés et multiples, donnant à l'affection une physionomie toute spéciale; sur l'impuissance de toutes les médieations reconnues ordinairement efficaces contre les affections nerveuses (ceci est bien généreux, trop généreux, et conduirait à soumettre au traitement antisyphilitique presque tous les épileptiques et autres); sur les résultats favorables fournis par les traitements spéeifiques; enfin, sur les récidives habituelles, lorsque le traitement spécifique n'est pas eontinué pendant un temps fort long. Malgré les restrictions qui doivent être apportées à plusieurs de ces propositions, et que, chemin faisant, nous avons laissé pressentir, nous ne eraignons pas d'appeler l'attention du lecteur sur cette manière large d'asseoir le diagnostic des névroses de nature syphilitique; si tout n'y est pas vérité, il y a de la vérité, et il n'est pas si petite lueur dont il ne faille profiter pour se diriger dans une voie si obseure.

En fin de compte, le livre de MM. Léon Gros et Laneereaux est un bon livre; si tout n'y est pas à l'état de boutons ou de fruits, il y a de la séve, une séve généreuse, et il restera dans la seience, qu'il aura réellement servie.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amputations *avec conservation du périoste pour recouvrir le bout des os sciés.* Ayant eu connaissance de l'autoplastie périostique pratiquée par M. Jordan en 1855, M. Heyfelder a exécuté cette opération à l'hôpital militaire de Helsingfors (Finlande), sur un marin affecté d'une pseudarthrose dans les deux os de la jambe, suite d'une fracture; mais le résultat de cette opération ne fut pas favorable. Plus tard, le 4 mars 1860, M. le docteur Kado exécuta en sa présence l'amputation de la cuisse sur le professeur Kalmukoff, en conservant et en détachant un lambeau suffisant du périoste pour recouvrir complétement le bout de l'os scié. Quelque temps après (le 7 mai), M. Heyfelder suivit l'exemple de M. Kade à l'hôpital des ouvriers, où il pratiqua l'amputation de la cuisse en conservant le périoste pour recouvrir le bout du fémur scié. Ces deux opérés moururent ; M. Heyfelder avait conçu dès lors de très-grands doutes sur l'utilité de ce procédé, lorsque M. Symvonlides pratiqua en sa présence sa première amputation à lambeau périostal. Les bons et prompts succès observés sur deux amputés du premier hôpital militaire m'engagèrent alors, dit M. Heyfelder, à revenir sur la méthode de conserver un lambeau du périoste pour recouvrir le bout des os amputés, et c'est à l'hôpital des ouvriers que j'exécutai ou que je fis exécuter sous mes yeux neuf amputations à lambeau périostal. De ces neuf amputés, sept guérirent promptement.

Ce qui frappe dans les faits rapportés par M. Heyfelder, c'est la promptitude même de la guérison. L'amputation circulaire, suivant ce chirurgien, n'empêche pas la conservation du périoste, mais le procédé à lambeau se prête davantage pour couvrir par le périoste le bout de l'os scié, et celui-ci conserve mieux la position qu'on lui donne après l'opération. Le décollement du périoste ne se fait pas facilement, lorsque celui-ci est à l'état sain. Aussi M. Heyfelder a-t-il observé qu'il ne s'exécute pas toujours sans déchirement. Pour éviter cet inconvénient, il commence par inciser d'abord le périoste semi-circulairement, puis il le détache de l'os à l'aide d'une rugine. (*Gaz. méd. de Paris*, avril 1862.)

Cancroïde *du col de l'utérus. — Opération. — Guérison permanente.* On sait combien les cancroïdes de cette espèce sont sujets à retour et combien sont rares les exemples de guérison persistante après leur ablation. Aussi croyons-nous devoir citer le fait suivant rapporté par M. le docteur Ziemssen, de Greifswald.

Une femme de trente-deux ans fut opérée par le professeur Brends à la clinique de cette ville, d'une tumeur en forme de chou-fleur, de la grosseur d'un gros poing d'adulte, et ayant son point de départ sur le col de la matrice. L'extirpation fut faite au moyen de ciseaux courbes, et l'hémorragie abondante arrêtée par le tamponnement. L'opération a dû être répétée à deux reprises dans les mois suivants, sans que l'on ait pu apprendre si c'était par suite de récidive ou d'une extirpation incomplète. Des accidents inflammatoires violents en furent toujours la suite. La femme guérit néanmoins sans rechute, et est venue mourir tuberculeuse dans le même hôpital, en 1858, dix-sept ans après l'opération.

La tumeur, conservée dans l'alcool, fut soumise à l'examen microscopique, deux ans avant la mort de la femme, et montra les caractères d'une tumeur papillaire et épithéliale. (*Arch. f. path.* et *Un. méd.*, avril 1861.)

Gangrène locale, *nouveau mode de traitement par les bains d'oxygène.* Dans sa thèse sur *l'asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités*, M. Reynaud avait dit que les parties gangrenées ont été soumises à l'analyse par M. Réveil, et que d'après ces analyses l'auteur est arrivé à cette conclusion : que le fait fondamental de la gangrène consiste dans la diminution ou l'absence de l'oxygène nécessaire à l'intégrité de la vie d'un tissu. Chose remarquable, cette idée théorique, que M. Reynaud a essayé de démontrer avec beaucoup de talent, ne l'a conduit à aucune expérience autre que l'analyse chimique, propre à en démontrer l'exactitude, ni à aucun traitement en rapport avec cette idée, dont le mérite lui appartient incontestablement.

Un cas de gangrène spontanée, survenu dans le service de M. Lau-

gier, à l'Hôtel-Dieu, a fourni l'occasion d'une expérience qui est devenue un traitement d'une efficacité surprenante. Le pied, dont un orteil était déjà mortifié en partie, et dont la peau sur le cou-de-pied était douloureuse, changée dans sa couleur et menacée elle-même de gangrène, a été placé dans un appareil simple, où le dégagement d'oxygène pur le tenait dans un bain de ce gaz sans cesse renouvelé. Le résultat prompt a été l'arrêt de la gangrène et le retour des parties menacées à l'état sain. L'élimination de l'escarre qu'offrait l'orteil a eu lieu, et la cicatrice est presque faite. Un autre malade est entré dans ce service atteint de gangrène spontanée des deux derniers orteils du pied gauche. La peau voisine jusqu'à l'articulation du pied avec la jambe était rouge, douloureuse et menacée de mortification. Il y a quelques jours que le même traitement lui a été appliqué. Aujourd'hui la gangrène est restée bornée aux parties d'abord atteintes. La peau voisine est restée saine et n'offre presque plus de rougeur; les douleurs ont beaucoup diminué : il y a lieu d'espérer une solution favorable, quoique le malade, comme le premier, soit âgé de soixante-quinze ans.

Ainsi, que l'idée de M. Reynaud soit juste ou ne le soit pas, il résulte de ces faits, dit M. Laugier, que les bains d'oxygène pur arrêtent rapidement, au moins dans certains cas, la marche de la gangrène spontanée des extrémités. (*Acad. des sciences*, avril 1862.)

Lèpre *enrayée par le changement de climat*. La lèpre, comme on le sait, est très-répandue sous les tropiques, dans les deux hémisphères. Si tout ce que l'on sait de cette maladie ne tendait à démontrer qu'elle est essentiellement endémique dans ces contrées, et due à des causes locales, voici un fait qui viendrait au besoin le démontrer, en faisant voir en même temps l'heureuse influence du changement de climat chez les sujets prédisposés à cette affection et placés en quelque sorte sous l'imminence de son développement.

A l'époque où j'étais sous les tropiques, dit M. le docteur Guyon, dans une communication à l'Académie des sciences, une famille composée du père, de la mère et de trois enfants, venait de perdre l'aîné de ces enfants, de l'âge de dix à douze ans; il avait succombé à la lèpre tuberculeuse. Depuis, les parents étaient dans les plus vives inquiétudes sur le sort des deux autres, dont le dernier était encore à la mamelle. Un jour que j'examinais le corps des deux enfants, je reconnus que tous deux présentaient déjà des indices de la maladie si redoutée. En signalant le mal, j'en indiquai en même temps un remède à tenter, en conseillant de soustraire les deux jeunes malades à l'influence du climat, et de les faire passer, aussitôt que possible, sous le climat de la France. La famille, qui était dans l'aisance, accepta cette proposition; elle quitta le pays et vint se fixer en France. Il y a de cela plus de trente ans (c'était en 1826). Or voici ce qui s'est passé depuis. Le mal s'est arrêté, l'empreinte par laquelle il avait décélé sa présence est restée ce qu'elle était, mais sans s'étendre davantage. Cette empreinte consistait dans l'insensibilité de quelques portions de tégument avec des taches sans altération apparente de tissu. Devenus adultes, les deux jeunes gens, l'un du sexe masculin, l'autre du sexe féminin, se sont mariés sous leur nouveau climat; ils y ont eu l'un et l'autre des enfants des deux sexes, et ces enfants sont tous remarquables par leur bonne et belle constitution. Il faut ajouter que chez les parents la maladie était accidentelle, qu'elle s'était développée chez eux accidentellement, spontanément. Ni leur père, qui était européen, ni leur mère, qui était créole, ni leurs ascendants n'avaient jamais rien offert de cette maladie. De plus, en France, ils ont encore eu deux enfants, un garçon et une petite fille, qui tous deux ont grandi et se sont mariés sans rien présenter de semblable à leurs aïeux des tropiques, non plus que les enfants des deux sexes auxquels l'un et l'autre ont donné naissance.

Sans doute, ainsi que le fait remarquer M. Guyon, pour obtenir du climat cette heureuse influence, il faut y recourir de bonne heure, dès le début même du mal; car une fois développé, il y a toute apparence qu'il suivrait impitoyablement sa marche. (*Compte rendu de l'Acad. des scienc.*)

Mamelon (*Dangers de certains remèdes populaires destinés à guérir les gerçures et fissures du*). — Dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Guérard signalait à ses collègues les dan-

gers inhérents à la coutume où sont quelques jeunes mères qui allaitent, de laver les bouts de sein plusieurs fois par jour avec une eau très-connue dans le peuple et qui lui a paru être acidule. On lave après chaque lactation le bout du sein avec cette eau, sans l'essuyer après, puis on le recouvre avec une petite calotte de plomb. Or il a pu s'assurer qu'au bout de vingt-quatre heures la surface interne de cette petite calotte est déjà couverte d'une couche blanche d'un composé plombique, dont une partie ne peut manquer de rester adhérente sur le mamelon. Dès lors il doit arriver que l'enfant. suçant de mamelon. s'intoxique rapidement. M. Guérard est disposé à penser que beaucoup de coliques chez les enfants à la mamelle sont dues à cette cause. Il a fait en outre la remarque que, dans le fait particulier qui lui a suscité ces réflexions, la mère n'en a pas moins eu des gerçures du sein, malgré l'usage de ce moyen prétendu si efficace. Eût-il d'ailleurs l'efficacité qu'on lui attribue, qu'il n'y aurait pas moins lieu, sinon à en proscrire absolument l'usage, du moins à se prémunir contre les dangers qui peuvent en résulter et à en surveiller activement l'emploi. (*Un. méd.*, avril 1862.)

Mydriase idiopathique *traitée avec succès par l'opium en application topique.* Parmi les nombreux moyens indiqués dans les traités spéciaux d'ophthalmologie pour combattre la mydriase traumatique ou idiopathique, la seule qui soit directement accessible à la thérapeutique, il en est un auquel on n'a peut-être pas attaché l'importance qu'il mérite, c'est l'opium. Sans doute, quand il s'agit d'apprécier la valeur d'un agent médicamenteux dans un cas donné, on ne peut pas conclure rigoureusement d'un seul fait; mais au moins faut-il le prendre en grande considération lorsqu'il est observé et recueilli avec soin et que les résultats, après constatation bien établie de l'inefficacité des autres agents, sont conformes d'ailleurs aux données expérimentales qui démontrent un antagonisme d'action entre l'opium et l'agent mydriatique par excellence, la belladone.

Voici un fait dans lequel l'opium nous paraît avoir manifestement produit le retour à l'état normal d'une pupille dilatée par suite d'un traumatisme.

Une dame A***, âgée de trente-six ans, est adressée à la clinique de M. Fano le 18 janvier dernier. Il y a douze jours elle a reçu un coup de baguette de parapluie à la partie supérieure et interne des paupières du coté droit. Il en est résulté une ecchymose de la conjonctive oculaire et la sensation d'élancements pendant plusieurs jours, derrière la paupière supérieure et au niveau du sourcil correspondant. Quelques jours après l'accident, la malade s'aperçoit que la vue du côté droit devient de plus en plus trouble. Le 18 janvier la pupille droite est manifestement plus dilatée que la gauche. L'œil droit est sain; les mouvements en tous sens sont aussi étendus que pour l'œil gauche. La vision est moins bonne à droite qu'à gauche. Examinée à l'ophthalmoscope, les milieux réfringents sont transparents; la rétine et la pupille sont saines. M. Fano prescrit d'abord un collyre avec du sulfate de strychnine au 1/300. Le 20, la pupille paraissait un peu plus dilatée que l'avant-veille, la vision demeurait toujours aussi confuse. Il fit ajouter au collyre l'usage d'une pommade au sulfate de strychnine.

Du 24 au 30, l'œil droit fut soumis à l'électrisation à l'aide d'un faible courant. Il n'y eut aucun changement. On cessa l'emploi de l'électrisation ainsi que les préparations de strychnine, et M. Fano prescrivit alors la pommade suivante à introduire dans le grand angle de l'œil deux fois par jour.

Pr. Axonge.......... 5 grammes.
Extrait gommeux thébaïque.......... 1 gramme.

Dès le lendemain il y avait une transformation complète. La dame A** lisait de l'œil droit; la pupille restait cependant encore plus dilatée que la gauche. L'usage de la pommade est continué les jours suivants. A partir du 7 il existe à peine une différence de diamètre entre les deux pupilles, qui se contractent également bien. La malade peut lire aussi bien de chacun des deux yeux séparément que des deux yeux à la fois. Le 19 elle a pu reprendre ses occupations habituelles; les deux pupilles avaient le même degré de dilatation et la même énergie contractile. (*Gaz. des hôpit.*, avril 1862.)

Pulvérisation *des liquides médicamenteux, son utilité thérapeutique.* L'excellent rapport de M. Poggiale, dont nous avons reproduit

toutes les conclusions, vient enfin d'être soumis à la discussion; seulement, dans les débats de l'Académie comme dans ceux qui s'étaient produits dans la presse, on s'est beaucoup plus préoccupé des côtés accessoires de la question que de son fond, c'est-à-dire de l'emploi des liquides médicamenteux poudroyés et de leur utilité thérapeutique. Deux membres ont fait exception, MM. Durand-Fardel et Trousseau. M. Durand-Fardel a parfaitement posé la question dans sa base essentielle, le côté clinique, et a fait remarquer que jusqu'à présent on n'avait constaté l'utilité de la médication nouvelle que pour les affections de la bouche et de l'arrière-gorge, et même de la glotte et du larynx. Quant aux parties plus profondes, il faut leur laisser, dit-il, leur médication naturelle, celle par les gaz et les vapeurs, qui seuls peuvent agir localement sur la muqueuse bronchique.

Voici maintenant le résumé de la partie pratique du discours de M. Trousseau, et son opinion sur la portée thérapeutique de la pulvérisation :

A l'aide de l'inhalation des eaux minérales pulvérisées, dit M. Trousseau, on obtient des effets thérapeutiques très-remarquables. C'est surtout dans l'angine granulée que j'en ai obtenu, pour ma part, les meilleurs effets, dans cette affection que les Anglais désignent sous le nom d'angine des prêcheurs, et qui est commune aux chanteurs, aux orateurs, en un mot à toutes les professions qui nécessitent un exercice fréquent ou prolongé de la voix. Un chanteur très-connu, et qui s'est occupé avec beaucoup de succès d'études scientifiques sur la voix, a suivi ce traitement avec un très-grand avantage, et il lui doit d'avoir pu reprendre, après avoir été forcé de l'interrompre, l'exercice d'une profession honorable, honorée et lucrative. Il y a un an, une femme, entrée à l'Hôtel-Dieu pour une variole, est prise d'un œdème de la glotte arrivé rapidement à un tel point, que la vie était immédiatement en danger; je priai M. Robert de venir lui pratiquer la trachéotomie; cependant, avant d'en venir à cette opération, je voulus essayer de lui faire inspirer de l'eau pulvérisée chargée de tannin; immédiatement après cette première inhalation, il y eut une amélioration telle, que je dus ajourner la trachéotomie; on répéta à de courts intervalles ces inhalations; le soir, cette maladie était guérie. Tout récemment, j'ai pu prolonger par le même moyen l'existence d'une phthisique qui fut prise également d'un œdème de la glotte. Cette femme était enceinte et près de son terme; j'ai, par ce moyen, prolongé assez son existence pour qu'elle ait pu accoucher avant de mourir. J'ai également retiré d'excellents effets de cette méthode dans certaines affections syphilitiques du larynx. (*Acad. de méd.*, mai 1862.)

Rupture de la vessie; *section de la paroi abdominale; évacuation de l'urine épanchée; guérison.* Si quelque chose peut justifier la hardiesse chirurgicale, c'est le succès. Voici un exemple remarquable de hardiesse à laquelle un malade atteint d'un accident réputé mortel a évidemment dû la vie.

Un homme de vingt-deux ans, vigoureux et d'une bonne santé, reçut dans une rixe un coup à la partie inférieure de l'abdomen. Il perdit à peu près connaissance, et se plaignit d'une subite et violente douleur dans la région de la vessie. Quelques heures plus tard, l'abdomen enfla quelque peu et devint très-sensible au toucher, plus particulièrement au-dessus du pubis. Le pouls était petit et fréquent, la peau froide, la respiration courte, précipitée, et ce fut en vain que le malade se livra à de douloureux efforts pour rendre un peu d'urine. Nausées et vomissements. Un cathéter, introduit dans la vessie, laissa échapper très-peu d'urine sanguinolente, mais sans diminuer la douleur abdominale et l'envie d'uriner. La vessie avait évidemment été rompue, et l'urine s'était extravasée dans le ventre. Trois grains d'opium sont donnés d'abord, et l'on continue à en administrer un grain toutes les demi-heures. Cathéter à demeure, flexion des cuisses sur le bassin, diète absolue de boissons, fragment de glace dans la bouche. Aucune amélioration ne survenant, on se décide à pratiquer la section des parois abdominales. — Dix heures après l'accident, le malade étant soumis au chloroforme, une incision est faite sur la ligne blanche, commençant à 1 pouce au-dessous de l'ombilic et se terminant à 1 pouce au-dessus du pubis; sa longueur est de 6 pouces. Les intestins sont météorisés et le siége d'un commencement d'injection vasculaire. A l'aide d'une éponge introduite avec précaution dans l'intérieur de l'abdomen, on re-

tire près d'une pinte d'urine et de sang extravasés. Le fond de la vessie présentait une déchirure de 2 pouces de long. Aucune nouvelle quantité d'urine ne paraissant s'en échapper, on l'abandonne à elle-même et l'on referme la plaie abdominale, que l'on réunit par des épingles retenues par des fils d'argent, ayant soin qu'elles ne portent pas sur le péritoine. Une ceinture de flanelle est placée autour du ventre. Le malade, réveillé, se trouve soulagé ; les vomissements sont arrêtés. On continue à donner un grain d'opium toutes les heures. On insiste sur le repos, la diète des boissons, le maintien de la sonde à demeure. — La nuit fut bonne.

Le lendemain, cessation des douleurs et de l'envie d'uriner ; pas de tympanite. On permet ensuite un peu d'eau glacée ; l'urine, sans mélange de sang, sort librement du cathéter.

Le troisième jour, on n'administre plus le grain d'opium que toutes les deux heures ; le cinquième jour, tous les trois heures seulement. A la fin de la première semaine, la plaie paraît réunie par première intention ; mais on n'enlève les fils que vers le quinzième jour. L'absence de douleur permet de cesser l'usage de l'opium. Le dixième jour, on administre des lavements d'eau tiède, et l'on permet un peu de nourriture. Pendant la troisième semaine, on n'introduit le cathéter que toutes les quatre heures. Après cette époque, le malade se lève et urine naturellement, mais chaque quatre heures.

Dix mois se sont écoulés depuis l'opération ; le blessé a repris ses occupations et ne sent aucune gêne dans les fonctions de l'appareil urinaire.

Nous ferons remarquer de quel important secours a été, dans cette circonstance, l'opium administré à haute dose. (*Philadelph med. and. surg. Repert.*, et *Gaz. hebdom.*, mai 1862.)

Serpolet. *De ses propriétés médicales et spécialement de son usage contre la toux spasmodique.* Nous avons vu, dit M. Joset, par la simple administration d'une infusion de *serpolet*, légèrement gommée et édulcorée, se calmer, se guérir même, quelquefois comme par enchantement, des coqueluches que nous prenions indifféremment à toutes les époques de leur évolution. De même il en a été pour les angines striduleuses, les toux quinteuses, grippales, convulsives, d'autres que l'on pourrait appeler larvées.

Dans les cas les plus malheureux, la toux pathognomonique essentielle de la coqueluche, quand elle n'a pas entièrement cessé au bout de quelques jours, s'est tellement améliorée, que la maladie a pu se terminer par une bronchite simple, dont nous faisons aisément justice.

Ces guérisons presque spontanées et si rapides, obtenues presque uniquement par l'administration du serpolet, ont bien pu nous autoriser à regarder comme souverain et en quelque sorte comme spécifique des affections des voies aériennes, le serpolet; on le comprend de reste.

Au demeurant, l'emploi de cette plante n'est pas chose nouvelle ; l'usage en était même autrefois très-répandu ; on en conseillait les infusions dans les toux opiniâtres, rebelles, dans l'érysipèle. La teinture était, dit-on, d'une grande utilité dans les paralysies de la langue, chez les apoplectiques.

Les sommités fleuries desséchées entraient dans la poudre de réjouissance de Nicolas de Solcine. Le serpolet entre en quantité très-faible à la vérité dans le sirop de Désessart. Ce n'est donc point un médicament nouveau que nous proposons ; nous signalons seulement une médication qui, entre nos mains depuis près de six années, ne compte que des succès.

Le plus souvent nous nous bornons à faire prendre une infusion un peu concentrée de serpolet (10 à 15 grammes de la plante par litre d'eau), légèrement édulcorée, que nous faisons boire à volonté, en aussi grande quantité que le désire le malade, et jusqu'à ce que l'effet se soit produit d'une manière satisfaisante, résultat auquel nouus sommes toujours arrivé au bout d'un nombre de jours très-limité. (*Revue de Thérapeutique*, février 1862.)

VARIÉTÉS.

De la restauration du nez.
Parallèle des procédés autoplastiques et des pièces de prothèse [1].

III. *Des difformités résultant de la perte du lobule du nez et des narines.*

De toutes les difformités de la face, celle qui offense le plus la vue est, sans contredit, la destruction du lobule du nez et des narines. L'aspect hideux qu'imprime à la physionomie la large ouverture des fosses nasales, agrandie encore souvent par la destruction de la cloison médiane, nous impose le devoir de chercher à y remédier, et ces faits méritent d'autant plus de fixer notre attention, qu'ils s'offrent le plus communément dans la pratique.



Fig. 8.

Dans ces cas, les deux méthodes se trouvent en présence avec leurs avantages respectifs. L'innocuité des procédés de la prothèse, la régularité et la permanence des formes qu'elle peut donner aux appareils dont elle fait usage doivent lui faire donner souvent la préférence. C'est ici le lieu de rappeler l'aveu de Dieffenbach à propos des suites de ces raccoutrements des organes de la face. « J'estime qu'il en est du résultat de nos opérations autoplastiques comme des ouvrages du tourneur en bois comparés aux travaux de sculpture, ou bien comme des poupées grossièrement faites mises à côté des chefs-d'œuvre de Canova. » A propos de la restauration du nez, ce jugement est trop favorable encore au côté plastique de la question, du moins en ce qui concerne le résultat fourni par les méthodes indienne et italienne, et il laisse complétement dans l'ombre un point important, le danger plus grave de l'acte chirurgical.

De la valeur de la méthode indienne pour la restauration du nez.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie réparatrice, Serre excepté, ont proposé de remédier à la perte de substance du lobule et des narines à l'aide de la rhinoplastie pratiquée par la méthode indienne. Si cette méthode était le

[1] Suite, voir les précédentes livraisons, p. 331, 379 et 425.

dernier mot de l'art, en fait de restauration du nez, nous n'hésiterions pas à repousser les ressources de l'autoplastie. C'était l'opinion de Richter, de Chopart, de Desault, qui donnaient la préférence dans ces cas à l'emploi des pièces prothétiques; c'est encore celle de nos auteurs classiques, et nous la voyons partagée par plusieurs des chirurgiens qui ont le plus contribué aux progrès de l'autoplastie, mais qui ont assez vécu pour être témoins de la valeur définitive des procédés préconisés.

« Je connais, dit Serre, les améliorations successives que Delpech, Dieffenbach, Lisfranc, Blandin, et bien d'autres, ont introduites dans la manière de pratiquer la rhinoplastie, et je n'en persiste pas moins à dire qu'il me semble qu'il y a de l'exagération dans tout ce qu'on a écrit relativement à la régularité des nouveaux nez, quelle que soit, du reste, la méthode que l'on adopte. J'en ai déjà fait quelques-uns pour ma part, et je ne crains pas de déclarer d'avance que je n'ai jamais obtenu, sous ce rapport, ce que j'aurais voulu avoir. » (*Traité de l'art de restaurer la face*, p. 271.)

« Il faut bien le reconnaître, et ne pas faire, au nom de l'art, des promesses mensongères : par la rhinoplastie la plus heureuse on n'obtient jamais qu'une reproduction imparfaite du nez. A moins qu'une partie de la cloison des narines, subsistant encore, n'ait pu servir de point d'appui, on crée seulement un monticule aplati, une proéminence informe, circonscrite par une cicatrice et surmontée par une autre ; et ce monticule ne s'harmonise guère mieux avec les autres parties de la face que ne le fait un nez artificiel et amovible. » (Ph. Roux, *Chirurgie réparatrice*, p. 88.)

En reproduisant, tout d'abord, ces jugements si défavorables portés par des hommes dont la grande autorité est non douteuse, nous n'avons nullement pour but de faire rejeter la rhinoplastie du cadre des opérations réglées de la chirurgie, et de conseiller de s'en tenir exclusivement, dans les cas de mutilation de toute l'extrémité de cet organe, aux ressources de la prothèse. Non ! Nous croyons, comme Vidal, qu'on doit abandonner complètement aux malades le choix du moyen à mettre en œuvre pour parer à leur difformité, après les avoir éclairés toutefois sur les résultats qu'ils peuvent obtenir, de façon à prévenir toute déception.

Les circonstances sociales au milieu desquelles vivent les individus peuvent peser d'un grand poids sur leur détermination, comme pour les officiers dans l'armée active. Nous avons déjà rappelé, à cet égard, le fait du cadet de Saint-Thoan, cité par Amb. Paré. Ce gentilhomme, pour échapper aux risées de ses compagnons d'armes, n'avait pas hésité à se rendre en Italie pour se faire raccoutrer le nez ; seulement, nous pensons que l'admiration qu'il excita à son retour avait plus rapport au fait en lui-même de la réparation, qu'à la conformation du nouveau nez.

Le professeur Serre, de Montpellier, nous en rapporte un nouvel exemple :

Obs. Un jeune officier, âgé de trente-huit ans, capitaine dans un régiment d'infanterie, avait eu, dans sa jeunesse, plusieurs affections syphilitiques qui toutes avaient été mal soignées. Un jour il reçoit sur le nez un coup qui produit une plaie contuse, laquelle ne tarda pas à se convertir en ulcère vénérien, et à détruire la presque totalité du nez. Lorsqu'un traitement bien dirigé eut détruit l'affection diathésique, le malade, craignant d'être la risée de ses subordonnés, ne voulut pas reprendre son service avec un nez artificiel, et se rendit à l'hôpital Saint-Eloi, où le professeur Serre lui pratiqua une rhinoplastie par la méthode indienne.

Voici ce que ce chirurgien dit du résultat de son opération : « Quant à la conformation du nez, elle est loin d'être telle que je l'aurais désirée. Toutefois, il faut bien que l'irrégularité des traits ne soit pas trop grande, puisque M. X***, qui était capitaine lorsqu'il subit son opération, a pu depuis continuer activement son service et vient d'être nommé chef de bataillon. »

Parmi les renseignements fournis, quatre ans après, par le chirurgien major de son régiment sur les changements qui avaient pu s'opérer depuis que le malade avait quitté Montpellier, nous noterons les suivants : « La narine droite est un peu plus étroite et plus rétréeie que la gauche ; les mucosités nasales ont de la tendance à passer par l'arrière-gorge, quoique cependant l'excrétion s'effectue encore avec assez de facilité par les voies naturelles.— L'odorat est légèrement diminué (le malade ne percevait aucune odeur avant son opération), surtout pour les odeurs douces et légères. — La couleur du lambeau, qui avait été pâle d'abord, a pris du ton et est tout à fait semblable aujourd'hui à la teinte du reste du visage.— La cicatrice du front paraît, par sa forme radiée, résulter d'une brûlure assez bien cicatrisée ; ce qui rend seulement la difformité plus apparente, ce sont deux sillons qui existent le long des côtés du nez et qui marquent le point d'union des tissus nouveaux avec les tissus naturels de la face. » (*Loco citato*, p. 273 et 278.)

Si les militaires, jeunes encore, peuvent éprouver le désir de subir la rhinoplastie dans la crainte de voir leur carrière entravée par l'usage d'une pièce artificielle (ce qui est douteux pour moi), il n'en est plus de même des vieux soldats, tous les invalides préfèrent porter des nez en argent. En ce moment, d'après les renseignements que nous a transmis M. le docteur Dauvé, il n'en existe qu'un seul cas à l'hôtel des Invalides.

De la prééminence de la méthode française.

La rhinoplastie, qui a donné naissance à l'autoplastie, peut vivre et prospérer avec elle ; mais, pour atteindre ce résultat, elle doit en suivre les progrès. Il faut désormais que la chirurgie réparatrice abandonne pour cette opération la méthode indienne, comme elle l'a déjà fait pour la méthode italienne, et leur substitue le procédé autoplastique par déplacement latéral tel que vient de le formuler M. le professeur Nélaton.

On ne doit jamais oublier que, dans l'espèce, tout acte chirurgical est presque une opération de complaisance, et que, par conséquent, on doit chercher à limiter autant que possible l'action de la médecine opératoire.

Les essais dans la voie que nous signalons à l'attention des chirurgiens sont encore peu nombreux, du moins dans les cas où la mutilation porte sur toute l'étendue du lobule du nez et a détruit les narines et la cloison. Je ne connais même que la tentative de Lisfranc, rapportée par Labat ; nous la reproduisons afin d'avoir l'occasion d'en compléter le récit, et de pouvoir signaler en même temps les causes de l'insuccès du procédé suivi par ce chirurgien.

Obs. *Destruction de la presque totalité du nez ; rhinoplastie par la méthode française ; succès incomplet.* « Dans le courant de juin 1830, une femme d'environ trente ans entra à l'hôpital de la Pitié, avec une perte du chapiteau du nez qui créait une ouverture hideuse, laissant à découvert toute la partie antérieure des fosses nasales. La peau calleuse et adhérente dans les environs se repliait en dedans pour se continuer avec la muqueuse. La cloison nasale, détruite en partie et déjetée à droite, obstruait totalement la narine de ce côté.

« La malade racontait qu'à l'âge de trois ans elle avait eu une maladie grave,

la petite vérole probablement, dont on voit de profondes traces sur sa figure, et à dix-sept ans, un ulcère de mauvaise nature.

« A la vue d'une pareille difformité, Lisfranc conçut le projet de détacher de chaque côté du nez un lambeau de peau triangulaire dont la base serait dirigée vers la bouche, tandis que le sommet, resté adhérent et devant servir de pédicule, correspondrait à l'angle interne des yeux. Les deux lambeaux disséqués devraient être rapprochés et réunis sur la ligne médiane du nez.

« Avant de procéder à l'opération, on eut soin de rétablir l'ouverture antérieure de la fosse nasale droite, en détruisant, au moyen du bistouri, les adhérences qui maintenaient la cloison déjetée de ce côté. Une incision fut pratiquée à droite et à gauche sur la peau des joues ; elle partait de trois lignes au-dessous et en dedans du grand angle de l'œil, et venait se terminer obliquement en bas et en dehors au niveau de la limite inférieure de l'ouverture nasale. On détacha du pourtour de cette cavité les débris de peau qui étaient repliés et adhérents à toute l'étendue du bord interne ; ils furent égalisés et rafraîchis, afin de pouvoir être réunis vers la ligne dorsale du nez. Une section transversale, partant de l'extrémité inférieure de l'incision externe, et se rendant à celle qui avait été pratiquée pour décoller les bords cicatrisés du tronçon nasal, sépara la base du lambeau de la partie supérieure de la lèvre, ce qui facilita la dissection de cette portion triangulaire de la peau. La même manœuvre fut répétée de l'autre côté, et nécessita la ligature de plusieurs artérioles. Les deux lambeaux qui en résultèrent furent réunis l'un à l'autre au moyen de trois points de suture et servirent à former le bout du nez.

« Il s'agissait ensuite de réunir les joues au bord externe de chacun de ces lambeaux ; mais comme il résultait de ce rapprochement que la lèvre supérieure avait trop d'étendue en largeur, on remédia à cet inconvénient en retranchant à droite et à gauche une portion labiale de forme triangulaire. On procéda à cette partie de l'opération au moyen de deux incisions, dont l'une partait du point de terminaison de l'incision latérale et se dirigeait obliquement en dehors et en bas, et l'autre partait de quelques lignes en dedans du bord saignant de la lèvre supérieure et allait se réunir à la terminaison de la première.

« Les joues furent disséquées dans une étendue suffisante pour favoriser leur rapprochement vers les bords externes des lambeaux, où elles furent maintenues en rapport au moyen de trois points de suture. Deux autres points, placés de chaque côté, fixèrent le bord saignant de la lèvre supérieure à la partie correspondante de la joue ; enfin, le vide laissé par l'ablation de la portion de peau triangulaire fut comblé, et le nez se trouva raccourci, à l'exception de la sous-cloison, que Lisfranc était dans l'intention de faire plus tard en empruntant un lambeau longitudinal au centre de la lèvre supérieure, pour le contourner et le réunir au point inférieur et antérieur de l'extrémité nasale.

« L'opération dura trois quarts d'heure, tant à cause des nombreuses ligatures qu'il fallut pratiquer que des soins minutieux qu'exigea la dissection de la peau qui adhérait à la circonférence de l'ouverture ; en outre, douze à treize points de suture furent indispensables pour maintenir les parties exactement en contact.

« Le lendemain la face était tuméfiée, le nouveau nez paraissait au niveau des joues ; une saignée fut jugée convenable.

« Le troisième jour, le visage était rouge et douloureux ; mais les plaies commençaient à se réunir par première intention, sauf un point de suppuration qui s'établit du côté de l'aile droite, etc. » (*Traité de la rhinoplastie*, p. 142.)

Labat, en publiant cette observation quelques mois seulement après l'opération, n'a pu en signaler les derniers effets. Pendant les premiers mois qui suivent ces tentatives, malades et médecins s'applaudissent toujours du résultat obtenu, mais leur satisfaction ne dure pas un long temps. Sous l'influence du travail de cicatrisation qui s'opère dans la partie profonde des lambeaux, l'organe reconstitué s'affaisse peu à peu. Dans le cas de cette malade, deux autres causes venaient s'ajouter pour détruire la saillie de l'organe raccoutré; l'absence de la cloison, et surtout la réunion de la partie externe des lambeaux avec la peau des joues. Le tiraillement que les parois du nouveau nez subissaient par le jeu continuel des muscles de la face n'a pas tardé, ainsi que nous l'apprend M. Velpeau, à le ramener de niveau avec les autres parties du visage.

Est-ce à cet accident que les essais de rhinoplastie, par la méthode française, ont dû d'être rayés des tentatives autoplastiques pendant ces trente dernières années? Ne pouvait-on recourir à quelque procédé particulier pour prévenir cet affaissement du nouveau nez? Deux faits dont nous avons été témoin dans la pratique de M. le professeur Nélaton serviront à prouver que ce résultat est possible, et que la méthode française vaut mieux que le dédain dans lequel les chirurgiens la tionnent de nos jours.

Commençons par faire remarquer que la rhinoplastie latérale, en empruntant une moitié de son lambeau à chacune des joues, crée une plaie moins considérable, qu'on peut même en combler immédiatement une partie à l'aide de la suture (F, fig. 11) de sorte qu'elle constitue une opération moins grave que la restauration par la méthode indienne.

Des deux causes qui amènent l'aplatissement du nez reconstitué, nous avons dit que celle qui paraissait agir le plus énergiquement est l'action du jeu des muscles de la face. Or, M. Nélaton est parvenu à modifier le procédé de façon à mettre désormais le nouvel organe à l'abri de cet effet fâcheux. Pour cela, l'éminent chirurgien dénude complétement le pourtour osseux de l'entrée des fosses nasales, de façon à obtenir une cicatrice très-adhérente du bord externe des lambeaux. M. Nélaton a fait mieux encore, et dans une seconde opération, afin de prévenir tout affaissement du nouvel organe, il a compris dans ses lambeaux, non-seulement toute l'épaisseur des parties molles qui recouvrent la face externe des apophyses montantes, mais il eut soin d'enlever le périoste sus-maxillaires, afin d'avoir une lame osseuse qui servît de charpente aux parties reconstituées.

Un des élèves les plus distingués de M. Nélaton, M. le docteur Péan, aujourd'hui prosecteur des hôpitaux, a présenté à la Société de chirurgie et les observations de ces deux faits, et les photographies des malades avant et après leur guérison. Nous avons fait dessiner sur bois ces diverses figures, et le talent de M. Leveillé est garant que nos gravures sont la copie exacte de ces photographies. Quant aux observations, comme M. Péan n'avait pas assisté à l'opération du premier malade, son récit laissait à désirer, aussi nous nous sommes adressé à M. le docteur Jules Rouyer, qui, non-seulement était un des élèves les plus assidus de la clinique de M. Nélaton à cette époque, mais encore portait un intérêt tout particulier au malade. Voici l'observation qu'il nous adresse :

Obs. *Destruction du lobule du nez; rhinoplastie latérale; guérison.* — « Dans le mois de janvier 1857, je fus consulté pour un jeune garçon atteint d'une difformité de la face (fig. 8); je pensai qu'il y avait lieu de pratiquer une opération anaplastique, et je fis admettre ce jeune homme dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, où il entra le 1er février 1857.

« Le 1er novembre précédent ce jeune garçon, âgé de quatorze ans, nommé Charles Baudelaire, fut atteint d'une fièvre typhoïde ; au bout de quelques jours seulement, l'extrémité du nez devint noire, il s'y forma une phlyctème, et bientôt les parties atteintes tombèrent en gangrène.

« Tout le lobule du nez est détruit ; il en résulte (comme le montre la figure 8), une difformité des plus choquantes ; en outre, il s'y forme des croûtes qui donnent lieu à une odeur désagréable.

« La difformité seule devait déterminer le chirurgien à recourir à une opération capable de la corriger plus ou moins complétement.

« Dans sa leçon clinique du lundi 9 février, M. Nélaton passe rapidement en revue les diverses méthodes et procédés anaplastiques auxquels on peut avoir recours pour corriger les difformités résultant des pertes de substance intéressant le nez.



Fig. 9. Fig. 10.

« Il signale particulièrement le procédé suivant, qui a été employé par Dieffenbach : il s'agissait, comme dans le cas présent, d'une destruction de toute l'extrémité du nez ; il en résultait une ouverture qui présentait la forme d'un cœur de carte à jouer renversé. Dieffenbach aviva d'abord les deux bords de la perte de substance ; puis, pour arriver à mettre ces deux bords en contact, il forma de chaque côté un lambeau, en faisant deux incisions horizontales partant du sommet et du bas de la ligne d'avivement ; il en résultait donc un lambeau quadrilatère adhérent par son *côté externe :* ce lambeau fut disséqué, mobilisé, et on réunit les deux bords avivés au début de l'opération. Comme on le comprend aisément, cette disposition amenait seulement la formation d'un opercule destiné à fermer le trou, mais il n'y avait aucune saillie ; le nez était complétement aplati.

« M. Nélaton songea à former également deux lambeaux réunis par une su-

ture médiane, mais il chercha en même temps à restituer au nez une forme se rapprochant de l'état normal, c'est-à-dire de former une saillie destinée à remplacer celle qui avait été détruite.

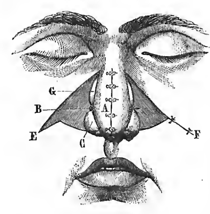


Fig. 11.

« Il employa également deux lambeaux latéraux, quadrilatères aussi, mais adhérents par leur *côté supérieur* (fig. 10). Les deux lambeaux ainsi formés furent disséqués et séparés des parties profondes, en leur conservant toutefois une certaine épaisseur. Puis ils furent disposés de la manière suivante : les deux bords internes des lambeaux furent réunis l'un à l'autre (A, fig. 11) ; le bord externe de chaque lambeau fut amené au bord de l'ouverture anormale des narines G, ce qui rendait les lambeaux obliques, chacun d'eux formant un plan incliné ; il restait donc sur la joue, en dehors de chaque lambeau, une surface saignante correspondant au point où avait été pris le lambeau amené vers la ligne médiane.

« Le bord inférieur de chaque lambeau, E, C, correspondait au bord libre des narines, qu'il devait remplacer, et il avait même été taillé de manière à reproduire autant que possible la forme normale de ce bord libre.

« Jusqu'ici tout allait bien ; l'ouverture était fermée ; les lambeaux formaient une saillie aussi prononcée que doit l'être celle du nez ; mais la grande difficulté était de la maintenir pendant le travail de cicatrisation des plaies correspondant aux lambeaux, et même de s'opposer à l'affaissement consécutif de ces lambeaux.

« Voici les moyens qui furent employés par M. Nélaton : dès le lendemain de l'opération, il passa à travers les lambeaux, près de leur bord libre ou inférieur, une grosse épingle B, qui les traversait de part en part, absolument de la même manière qu'après l'opération du bec-de-lièvre pour corriger l'aplatissement du nez qui existe toujours lorsqu'il y a une division double de la lèvre. Pour faire saillir davantage le lobule du nez et creuser un sillon entre cette partie et la narine, M. Nélaton jeta une anse de fil ciré, C, qui fut fixée sur les deux extrémités de l'épingle.

« En outre il appliqua sous les lambeaux, c'est-à-dire dans le nez nouvellement formé, un petit support en gutta-percha qui avait été confectionné par M. Mathieu ; ce petit appareil ne fut placé que quelque temps après l'opération.

« L'opération ne fut suivie d'aucun accident, d'aucune complication, et le jeune homme sortit du service le 31 mai, c'est-à-dire près de quatre mois après avoir été opéré ; à ce moment, le nez avait subi un léger aplatissement, mais la saillie était très-notable et très-satisfaisante. La figure 12 est la copie de la photographie prise à cette époque.

« Ce jeune garçon était retourné dans son pays et ne reparut plus dans le service ; mais j'eus occasion de le revoir, lors d'un voyage que je fis à son pays,

qui était à peu de distance du mien. C'était huit mois environ après l'opération : à ce moment le nez conservait encore sa saillie, à peu près comme au moment où le petit malade avait quitté l'hôpital. Je ne comptais pas, à beaucoup près, trouver un pareil résultat, sachant combien il est difficile d'y arriver, sachant, en outre, qu'il n'y avait aucun cas de succès authentique de rhinoplastie. En somme, d'après ce que j'ai vu, ou entendu rapporter par des chirurgiens consciencieux, c'était le premier cas où un pareil résultat ait été obtenu.


Fig. 12.

« Pour ne pas interrompre la narration précédente, je n'ai pas parlé d'une modification que M. Nélaton se proposait de faire au procédé qu'il avait employé, si un cas semblable se présentait à lui.

« Il la signala le surlendemain de l'opération, dans sa leçon clinique du 11 février. Cette modification avait pour but de placer les lambeaux dans une position plus favorable pour éviter leur aplatissement. Elle consisterait à tailler des lambeaux adhérents par leur bord supérieur également; mais à laisser entre les lambeaux et le bord de l'ouverture une portion de tégument saine: on aviverait alors le bord interne de cette portion saine, de manière à amener le bord *externe* du lambeau en contact avec ce bord interne avivé. Il y aurait alors entre le point d'implantation du lambeau et le point où il aurait été pris cette portion do tégument réservée. Cette modification, qui consiste à faire passer le lambeau mobilisé par-dessus du tissu sain, est employée quelquefois pour la blépharoplastie (procédé de Fricke). » (*Observation recueillie par M. Jules Rouyer.*)

C'est ce qu'a fait M. Nélaton dans le cas suivant.

Obs. *Destruction du nez par suite d'affection syphilitique, rhinoplastie latérale avec lambeaux ostéo-plastiques, guérison.*— Marie M***, institutrice, âgée de vingt-trois ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 19 octobre 1858. Cette jeune fille demeurait à Nice en 1852, quand elle fut prise d'accidents syphilitiques qui détruisirent le nez et le voile du palais. En 1856, elle alla consulter M. Sperino. Celui-ci, très-partisan de la syphilisation, fit au bras et sur les côtés de la poitrine quatre-vingt-sept inoculations, dont la malade conserve les traces indélébiles. Comptant sur la promesse du chirurgien de Turin, Marie se croit désormais à l'abri de toute récidive, et vient à Paris supplier M. Nélaton de tenter la rhinoplastie.

Voici l'état duns lequel elle se présente : la saillie du nez a disparu pour faire place à une dépression concave en avant. Vue de face ou de profil, la difformité est d'autant plus choquante que le travail morbide, en provoquant l'aspiration du tégument vers les cavités olfactives, a singulièrement exagéré la saillie des sourcils, des globes oculaires et de la lèvre supérieure. Il n'y a plus de cartilages. Les os eux-mêmes ont été partiellement détruits. La peau, ridée, couvertes de brides cicatricielles, suffit à peine pour tapisser cette large brèche. Au centre de l'enfoncement, on distingue un vestige de la narine gauche, et un orifice capable d'admettre un stylet S. Ce pertuis laisse passer un peu d'air et quelques mucosités lorsque la malade se mouche avec force; mais il ne permet pas de distinguer les odeurs les plus pénétrantes, tant est difficile la circulation aérienne dans les cavités olfactives, profondément altérées. Cette difficulté est encore accrue par l'existence d'une cicatrice qui a fusionné le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.



Fig. 13.

En raison des antécédents fournis par la malade, M. Nélaton refuse tout d'abord l'opération; convaincu que de nouveaux accidents ne se feront pas longtemps attendre. Cette prévision est bientôt confirmée. Six semaines ne sont pas encore écoulées, que déjà une tumeur syphilitique entoure le sterno-mastoïdien. Le mercure et l'iodure de potassium sont administrés, et sous l'influence de ce traitement l'état général et l'état local s'amendent, si bien que M. Nélaton accède aux prières de la jeune fille.

L'opération fut exécutée vers le 20 avril 1859, suivant le procédé ci-dessous décrit, et le résultat immédiat fit concevoir les plus belles espérances ; en effet, les deux lambeaux, unis sans effort, masquaient la difformité et constituaient sur la ligne médiane un dos du nez régulier, terminé par un lobule arrondi, saillant de plusieurs centimètres. Sur les côtés, les faces latérales, le contour des narines et des ailes se dessinaient au-devant de deux surfaces saignantes, et étaient disposés de manière à résister au travail de cicatrisation qui allait s'opérer.

Pendant les premiers jours, le pansement fut simple, et consista uniquement

en compresses arrosées d'eau tiède. Au quinzième jour, la cicatrisation, déjà fort avancée, s'opérait sans trouble local ni général. Le seizième jour, on vit la plaie se couvrir de bourgeons grisâtres, de petites ecchymoses, et on eût à redouter l'invasion de la pourriture d'hôpital; mais quarante-huit heures après les craintes étaient dissipées, grâce à l'emploi de la teinture d'iode. Enfin, le 1er juin 1859, c'est-à-dire six semaines après l'opération, la cicatrice était achevée.

A partir de ce moment se produisirent les effets de la cicatrisation secondaire. Celle-ci, loin de déjouer les projets de M. Nélaton, les servit merveilleusement. En effet, M. Nélaton avait à dessein conservé au dos du nez une longueur démesurée, et fait descendre le lobule au-devant de la lèvre supérieure. Sous l'influence du travail cicatriciel, on vit ce lobule remonter peu à peu, et reprendre une bonne position. Plus tard, grâce à la pince à ressort, les faces latérales s'atrophieront par compression et conserveront un aplatissement favorable. Cela fut d'autant mieux obtenu, que la vitalité des lambeaux était imparfaite.



Fig. 14.

Enfin, pour être plus certain du résultat définitif, M. Nélaton conserva la malade dans les salles pendant plusieurs mois. C'est alors que Marie M*** fut soumise aux regards des nombreux médecins français et étrangers qui fréquentent l'hôpital des Cliniques. Chacun constata que le nez avait une grande fermeté, une certaine sensibilité, et qu'il ne s'était pas affaissé notablement après l'opération.

Marie retourna dans ses foyers, heureuse du résultat, et l'on peut dire, ce qui est rare quand il s'agit de rhinoplastie totale, que l'opération avait à la fois satisfait et la malade et le chirurgien. (*Observation recueillie par M. Péan, interne du service.*)

Voici comment M. Péan résume le procédé opératoire de son maître :

1° Circonscrire, par une double incision, la peau qui obture la brèche, afin de conserver au-devant de la gouttière nasale un pont fixe, inextensible, en forme de cœur de carte à jouer, propre à servir de support au nez nouveau ;

2° Tailler sur la partie antérieure des joues deux lambeaux latéraux, comprenant toute l'épaisseur des parties molles qui recouvrent la face externe des

apophyses montantes, et renfermant dans leur épaisseur le périoste, dont personne n'ignore les propriétés ostéo-plastiques (fig. 10);

3° Donner à ces lambeaux une forme trapézoïde, un pédicule supérieur, deux bords latéraux allongés, une base large représentant le contour des ailes et du lobule (fig. 10 et 11);

4° Les détacher, les mobiliser, les adosser sur la ligne médiane, de façon à obtenir une arête saillante constituant le dos du nez (A, fig. 11);

5° Réunir par suture métallique le bord antérieur des deux lambeaux; maintenir leurs bords postérieurs accolés aux os partiellement dénudés en G, afin d'obtenir une cicatrice adhérente (fig. 11);

6° Adosser à elle-même la peau qui correspond à l'angle externe et inférieur de chaque lambeau; traverser ce repli à l'aide d'une épingle B; par ce moyen, faire cicatriser ensemble les surfaces saignantes qui correspondent à l'aile du nez, afin d'affranchir celle-ci de toute adhérence qui pourrait ultérieurement l'entraîner au dehors (fig. 11);

7° Comprimer les faces latérales du nez C, à l'aide d'une pince à ressort construite à cet effet, et, grâce à cette compression douce, longtemps prolongée, obtenir un sillon naso-génien (fig. 12 et 14).

Le concours pour le Bureau central des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Jaccoud, Bucquoy et Archambault.

M. le docteur Goyrand (d'Aix) vient d'être élu membre associé national de l'Académie impériale de médecine.

Les deux autres candidats portés par la Commission étaient nos très-distingués confrères MM. Stoltz (de Strasbourg) et Mirault (d'Angers).

MM. les docteurs Paul Meynet et Perroud ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon à la suite du concours ouvert le 28 avril dernier.

M. le docteur Mathey, à Thurey, a été élu membre du Conseil général du département de Saône-et-Loire.

M. le docteur Ludger-Lallemand, médecin en chef du corps expéditionnaire du Mexique a succombé à la fièvre jaune sur ces plages inhospitalières. Cette mort est une perte véritable pour le corps de santé de l'armée, dont M. Ludger-Lallemand était une des grandes espérances.

Une nouvelle non moins triste est la mort de M. Acar, premier pharmacien de l'Empereur. Son nom est ignoré du plus grand nombre, car, d'une nature modeste et studieuse, M. Acar vécut dans la retraite et la quittait seulement lorsqu'il s'agissait de venir en aide à une noble infortune. M. le docteur Conneau qui, mieux que personne, avait su apprécier les belles qualités de son cœur, lui a payé un juste tribut d'éloge, et M. le docteur Pietra-Santa s'est chargé de déposer sur sa tombe les regrets du corps du service de santé de l'Empereur, qui a tenu à honneur d'assister au grand complet aux funérailles de cet homme de bien.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive [1].

Par MM. J.-M. CHARCOT et A. VULPIAN, professeurs agrégés à la Faculté de médecine, médecins de l'hospice de la Salpêtrière.

Dans une note récemment publiée [2], nous avons indiqué d'une façon très-succincte l'essai que M. le professeur Wunderlich a fait du nitrate d'argent dans le traitement de la paralysie spinale progressive [3]. Les résultats qu'il a obtenus au moyen de cette médication sont extrêmement remarquables, et, au moment où nous les faisions connaître, nous avions déjà pu voir une amélioration très-nette se manifester chez deux femmes atteintes d'ataxie locomotrice progressive, que nous avions soumises depuis trois semaines à l'influence du même agent thérapeutique. Depuis cette époque, nous avons poursuivi cette expérimentation et nous l'avons fait porter sur un plus grand nombre de malades; aussi sommes-nous à même dès à présent de fournir sur ce sujet des renseignements plus étendus.

Il convient tout d'abord de faire connaître, par une analyse som-

---

(1) Nous avons donné le nitrate d'argent en pilules faites tantôt avec de la mie de pain, tantôt avec des poudres de réglisse et de guimauve et du sirop de sucre. Il est clair que, dans ces préparations pharmaceutiques, une très-grande partie du nitrate d'argent se trouve modifiée. Quelques recherches faites par M. S. Cloëz, sur des pilules récemment préparées, ont montré que les quatre cinquièmes au moins du sel d'argent sont décomposés et passent à l'état insoluble, principalement sous forme d'oxyde d'argent et d'argent métallique, et peut-être de sels insolubles à acide organique. Quant à la partie qui reste soluble, il n'est même pas absolument certain qu'elle demeure à l'état de nitrate. Ainsi, d'après cela, il est avéré que le nitrate d'argent subit, dans les pilules même, une décomposition presque complète; mais, au point de vue qui nous occupe, nous n'attachons à ce résultat qu'une importance secondaire : il est certain, en effet, que l'argent a été absorbé chez nos malades, car, ainsi que nous le dirons plus tard, on a pu s'en assurer par l'analyse de l'urine.

(2) *Sur un cas d'atrophie des cordons postérieurs de la moelle épinière et des racines spinales postérieures* (ataxie locomotrice progressive). *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, nos 16 et 18.

(3) Nous rappelons ici que la maladie décrite par M. Wunderlich, sous le nom de *paralysie spinale progressive*, et antérieurement par M. Romberg, sous le nom de *tabes dorsalis*, ne diffère pas au fond de la maladie nommée *ataxie locomotrice progressive* par M. Duchenne, de Boulogne.

maire, le travail de M. Wunderlich [1], travail qui a servi de point de départ à nos propres recherches.

Une femme était sujette depuis quatre ans, aux époques menstruelles et souvent aussi dans l'intervalle de ces époques, à des convulsions hystériques générales. Lorsque ces convulsions étaient très-violentes, elles étaient suivies de paralysie généralisée contre laquelle on avait employé divers moyens, mais qui cédait très-rapidement à l'emploi du nitrate d'argent. Cette femme se confia aux soins de M. Wunderlich, qui, instruit par elle de ces circonstances et doutant un peu de l'exactitude de ses assertions, eut bientôt l'occasion d'en constater la vérité. Après plusieurs attaques convulsives peu intenses et non suivies de paralysie, survinrent des accès d'une grande violence et d'une longue durée, qui laissèrent après elles une paralysie de la sensibilité et du mouvement des extrémités inférieures. Il y eut d'abord une amélioration spontanée très-légère; la malade pouvait marcher avec des béquilles; un nouvel accès se déclara, et la paralysie redevint complète. M. Wunderlich prescrivit d'abord des pilules insignifiantes, en laissant croire qu'elles contenaient du nitrate d'argent; la paralysie ne s'amenda que fort peu : il donna alors du nitrate d'argent sans dire un mot de ce changement de prescription. Dès le lendemain, la paralysie avait diminué notablement, et, au bout de deux à trois jours, elle avait complétement disparu. Dans les attaques subséquentes, la paralysie fut de même constamment et rapidement guérie par de faibles doses de nitrate d'argent.

C'est ce fait qui suggéra à M. Wunderlich l'idée d'essayer l'effet du nitrate d'argent dans le traitement de la paralysie spinale progressive. Comme il le dit lui-même, ce fait n'avait pourtant aucune relation étroite avec cette dernière maladie; mais que de fois les tentatives thérapeutiques n'ont-elles pas eu pour origine une induction moins naturelle ! Parmi les cinq cas dont il rapporte l'observation, il en est un (Obs. IV) dont nous donnons l'analyse, parce que c'est le seul où il y ait eu guérison complète; nous nous contenterons de reproduire l'indication sommaire des autres faits dans lesquels la médication a produit seulement un amendement plus ou moins prononcé.

Obs. I. Homme de trente-deux ans. Début lent après refroidissement; marche avec des béquilles depuis deux ans. Amélioration par le nitrate d'argent, puis réapparition.

---

[1] *Erfolge der Behandlung der progressiven spinalparalysie durch silbersalpeter*, von C.-A. Wunderlich. — *In Archiv der Heilkunde*, 1861, p. 193.

Obs. II. Homme de quarante-neuf ans. Début à la suite de suppression de la sueur des pieds. Progression rapide de la paralysie. Depuis un an, démarche chancelante. 24 grains de nitrate d'argent du 24 octobre 1859 au 1er mars 1860; amélioration remarquable, puis état stationnaire.

Obs. III. Homme vigoureux, vingt-sept ans. Début lent à la suite de disparition de la sueur des pieds. Marche difficile depuis deux ans. Amendement remarquable après 9 grains de nitrate d'argent.

Obs. IV. Homme de cinquante-cinq ans. Début brusque à la suite de fatigue et après avoir été mouillé. Maladie datant de trois mois; sensibilité obtuse aux membres inférieurs. Le malade peut, au lit, remuer ses jambes; mais il ne peut se tenir debout.

Le 22 mai, pilules d'un sixième de grain de nitrate d'argent, trois par jour. Le 31 mai, il y a un mieux très-marqué, la sensibilité est plus nette et le mouvement des membres inférieurs plus libre. Le 4 juin, cinq pilules chaque jour. Le 9, pour la première fois, selle volontaire; le malade commence à se tenir sur ses jambes, soutenu par un aide, et fait quelques pas, bien que difficilement. Le 24, progrès dans la marche. Le 29, le malade fait quelques pas sans aide (depuis le 15, il prend six pilules par jour)... Le poids du malade augmente rapidement. Le 10 juillet, cet homme passe une heure hors de son lit, chancelle encore lorsqu'il ferme les yeux. Le 17, il peut monter les degrés d'un escalier, quoique très-difficilement; la démarche est assez assurée lorsqu'il a les yeux ouverts. A partir de ce moment, il y a un progrès incessant de l'amélioration. On cesse l'administration du nitrate d'argent quand le malade en a pris 48 grains. Il sort le 28 août en très-bon état.

Obs. V. Homme sain, trente-cinq ans. Pollutions. Début après refroidissement il y a six mois. Rapide augmentation de la paralysie; état plus grave depuis un mois, marche difficile. Amélioration notable par le nitrate d'argent. Encore en traitement.

En résumé, si le nitrate d'argent n'a produit qu'une seule fois une guérison complète, il a déterminé dans tous les cas qui précèdent une amélioration très-sensible. On pourrait, il est vrai, mettre en doute la réalité de l'influence du nitrate d'argent dans ces cas, en invoquant certains faits dans lesquels on a vu les phénomènes morbides se dissiper peu à peu, soit spontanément, soit pendant que l'on mettait en usage divers moyens, entre autres les affusions froides ou certaines eaux minérales. C'est là une objection dont M. Wunderlich n'a point méconnu la valeur; mais les faits de guérison spontanée sont de bien rares exceptions et il n'est guère

possible d'admettre que, dans les cinq cas traités par le nitrate d'argent, il y ait eu une série de ces rétrocessions exceptionnelles. D'ailleurs, les faits que nous rapporterons plus loin en ajoutant de nouveaux cas d'amélioration à ceux qu'a observés M. Wunderlich, mettront, nous l'espérons, hors de doute l'efficacité du médicament en question dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive.

Il ne faut pas, du reste, qu'on se méprenne sur notre pensée. Nous ne croyons pas que l'on doive s'attendre à obtenir, à l'aide de ce médicament, des guérisons nombreuses ; mais, en nous fondant sur les observations de M. Wunderlich et sur les nôtres, nous ne doutons pas qu'on ne détermine, dans presque tous les cas, un amendement très-favorable. Or, lorsque l'on veut juger de la valeur réelle d'une médication nouvelle et de la confiance qu'elle mérite, il faut comparer les résultats de cette médication, si incomplets qu'ils soient, à ceux des traitements essayés jusque-là. En se plaçant à ce point de vue, il n'est aucun médecin qui, en confrontant les faits de M. Wunderlich et les nôtres avec ceux qu'il a vus ou dont il a lu la relation, ne soit immédiatement convaincu de la supériorité du traitement par le nitrate d'argent. Pour bien faire comprendre qu'une amélioration notable, ne fût-elle pas même permanente, est ici un résultat digne d'être pris en sérieuse considération, il suffirait de citer l'opinion de la plupart des pathologistes qui se sont occupés de l'ataxie locomotrice [1]. Tous s'accordent à constater

---

[1] Wunderlich, *Handbuch der Pathologie und Therapie*, 3e *band*, 2 *auflage*, Stuttgard, 1854, p. 57 ; Duchenne, de Boulogne, *Arch. gén. de médecine*, avril 1859, p. 444 ; Trousseau, *Leçons cliniques* ; *Union médicale*, 1861, p. 313. Voici comment s'exprime M. Romberg au sujet du traitement du *tabes dorsalis* (c'est le nom sous lequel, ainsi que nous l'avons déjà dit, il a décrit la maladie appelée plus tard *ataxie locomotrice progressive* par M. Duchenne, de Boulogne). « Il n'y a aucun espoir de guérison; tous les malades sont irrévocablement condamnés à mourir... Si jamais le zèle inconsidéré du médecin augmente les maux d'un malade, c'est bien dans le *tabes dorsalis*. A peine rencontre-t-on un des malheureux atteints de cette maladie qui n'ait le dos couvert de cicatrices... et qui n'ait été soumis à une foule de prescriptions auxquelles il a eu en vain recours. L'humanité oblige de déclarer que, par l'emploi des moyens thérapeutiques, on ne fait que nuire, et que c'est seulement par l'institution d'une hygiène appropriée qu'on peut espérer de retarder la terminaison fatale... Les lavements froids contre la constipation, l'emploi de l'eau froide en affusions sur le tronc et la colonne vertébrale, les onctions avec la pommade de vératrine sur le dos et les extrémités, sont les moyens que j'ai employés avec quelque succès. Que l'on se garde avant tout d'applications trop répétées de ventouses et d'exutoires ! Qu'on se garde aussi de prescrire de longs voyages, pour aller gagner des thermes où le malade n'éprouvera

l'impuissanee à peu près radicale des moyens qu'ils ont employés. Les préparations de strychnine et de brucine, l'iodure de potassium, le mercure, l'électricité, les exutoires, l'hydrothérapie, diverses eaux minérales et plusieurs autres agents thérapeutiques eneore ont été mis en œuvre, le tout sans produire de résultats assez évidents ou assez constants pour établir une base solide de traitement. Tout au plus, dans certains cas [1], a-t-on obtenu un effet partiel quelque peu important, par exemple, la diminution temporaire des douleurs continues et fulgurantes, ou la guérison du strabisme, qui se montre assez souvent au nombre des symptômes de la maladie. On a même vu les agents thérapeutiques mis en usage, loin de produire une amélioration, déterminer très-évidemment une réelle aggravation de l'état morbide : l'application des eautères sur la région dorso-lombaire et la faradisation elle-même paraissent avoir eu parfois ce résultat. On voit donc combien le nitrate d'argent, même alors qu'on n'aurait pour éléments d'appréciation que les eas publiés par M. Wunderlich, mériterait de devenir l'objet d'essais plus étendus. Nous espérons que les faits que nous allons rapporter eontribueront à démontrer l'opportunité de cette expérimentation.

Les observations de M. Wunderlich ont trait à des cas relativement peu avaneés; les malades qu'il a traités pouvaient eneore mareher, quoique difficilement. Un seul faisait exeeption ; il ne pouvait plus se tenir debout, bien qu'au lit il remuât facilement les membres inférieurs. Or, ee malade est justement le seul ehez lequel on ait obtenu une entière guérison. Mais il faut remarquer que, ehez lui, la maladie, quoique les troubles de la motilité fussent très-profonds, était de date réeente, puisque le début ne datait que de trois mois.

Les malades que nous avons traitées par le nitrate d'argent étaient dans des eonditions bien différentes. Le début de la maladie remontait chez elles à plusieurs années, et, depuis longtemps déjà, elles avaient été envoyées à l'hospiee de la Salpêtrière eomme incurables, après avoir été soumises en vain à différentes méthodes de

---

aucun soulagement ! Faites à l'incurable une vie tranquille dans le eercle des siens, et préparez-lui ainsi une mort plus douce. » (*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1 *Band*, Berlin, 1851 ; 2 *abtheil.*, p. 191.

[1] Nous ne tenons pas compte iei des cas dans lesquels le symptôme *ataxie du mouvement* fait partie d'un ensemble de phénomènes morbides déterminé par une cause spécifique. Par exemple, l'ataxie du mouvement, qui se montre dans la paraplégie syphilitique, participe nécessairement à l'amélioration générale que produit fréquemment, dans ces cas, l'iodure de potassium.

traitement dans divers hôpitaux. On peut le dire sans exagération : à de tels malades semble pouvoir s'appliquer presque sans réserve l'inexorable jugement porté par M. Romberg sur l'avenir des sujets affectés de *tabes dorsalis*. M. Wunderlich lui-même, après avoir constaté les heureux effets du nitrate d'argent dans les cas récents ou peu prononcés encore d'ataxie locomotrice progressive, considère comme nulles les chances d'amélioration dans les cas invétérés. « On peut avancer, dit-il, quo là où une disparition du tissu nerveux existe et est étendue, il n'y a rien à espérer. » Heureusement cette manière de voir est, croyons-nous, beaucoup trop absolue. Deux fois il nous a été donné de faire l'examen nécroscopique de femmes atteintes d'ataxie progressive [1] : dans ces deux cas, qui confirment d'ailleurs les résultats obtenus par d'autres observateurs, les colonnes postérieures de la moelle et les racines postérieures étaient atrophiées ; la plupart des tubes nerveux avaient perdu leurs caractères normaux. Or, tant en raison de l'ancienneté de la maladie qu'en raison de l'ensemble des symptômes, les malades que nous avons soumises à l'emploi du nitrate d'argent offraient une physionomie tellement semblable à celle des femmes dont nous avons pratiqué l'autopsie, qu'il est extrêmement vraisemblable que, chez celles-là comme chez celles-ci, il y avait une altération très-profondo des faisceaux postérieurs et des racines spinales postérieures [2]. On verra plus loin que, malgré l'existence si probable, pour ne pas dire plus, de cette profonde altération, le nitrate d'argent a produit chez la plupart de nos malades une amélioration remarquable.

Nous avons essayé de montrer, dans la note que nous avons publiée (*Gaz. hebd.*, loc. cit., qu'on pouvait se rendre compte, jusqu'à un certain point, du mode suivant lequel pouvait se produire l'amélioration dans les cas de ce genre. La substance grise de la moelle épinière est ordinairement intacte dans ces cas; les tubes nerveux des faisceaux postérieurs et des racines postérieures sont seuls altérés, et leur altération consiste le plus souvent en une disparition de la matière médullaire, les gaînes des tubes nerveux demeurant indemnes. On conçoit assez bien qu'une pareille altération soit réparable, que la matière médullaire puisse reparaître dans les

---

(1) Ces femmes sont mortes de phthisie pulmonaire. (*Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, numéros 16, 18 et 23.)

(2) Dans le second des deux cas, dans lesquels nous avons examiné la moelle et les racines nerveuses, nous avions annoncé d'avance l'existence des lésions qui ont été rencontrées.

tubes nerveux, et que ces tubes, ramenés peu à peu à l'état normal par un travail progressif de restauration, puissent reprendre leurs propriétés, en permettant ainsi le rétablissement plus ou moins complet des fonctions. Nous disions que, même dans des cas d'ancienne date, terminés par la mort (et nous pouvons maintenant citer deux faits à l'appui de cette assertion), on voyait, au milieu des tubes dégénérés et des rares tubes restés sains, quelques tubes nerveux grêles, ayant tous les caractères des tubes qui se montrent dans les parties périphériques des nerfs divisés, alors que ces parties sont le siége d'un commencement de restauration.

C'est là une interprétation qui nous paraît très-naturelle [1] ; mais, quand même elle serait complétement inexacte, qu'importe ! La constatation d'un fait empirique domine ici toute la question, et il ne s'agit pas pour le moment de savoir comment se fait la récupération des fonctions. Encore moins s'agit-il de comprendre le mécanisme de l'action du nitrate d'argent. Une seule chose doit nous préoccuper, et c'est, en définitive, la plus importante, la seule d'ailleurs sur laquelle les faits nous fournissent une solution directe ; c'est de savoir jusqu'à quel point le nitrate d'argent est efficace dans les cas d'ataxie locomotrice progressive, même dans ceux qui sont réputés incurables. C'est aux observations cliniques à prononcer sur ce point.

Dans tous les cas dont nous allons donner la relation, nous avons employé le nitrate d'argent à de faibles doses. Les malades prenaient d'abord pendant quelque temps deux pilules contenant chacune 1 centigramme de nitrate d'argent par jour ; au bout d'un temps variable, on a donné trois de ces pilules par jour. Nous n'avons dépassé cette dose que chez une seule malade, qui a commencé à prendre quatre pilules un mois après le début du traitement [2].

---

[1] Toutefois nous devons dire que cette interprétation ne saurait s'appliquer aux premiers effets du traitement et ne pourrait être invoquée que pour expliquer les progrès ultérieurs de l'amélioration. En effet, comme on le verra, les premiers effets du traitement se manifestent d'ordinaire au bou de peu de jours, et ils sont dus, suivant toute vraisemblance, à une suspension du travail morbide sous l'influence duquel a eu lieu, d'abord, l'interruption des relations physiologiques entre les tubes nerveux sensibles et les cellules de la substance grise de la moelle, et plus tard l'altération des tubes nerveux eux-mêmes.

[2] Le nitrate d'argent peut être administré à ces faibles doses pendant assez longtemps, sans qu'il y ait à craindre de voir la peau prendre la teinte noire de l'argyriase. M. Wunderlich n'a cessé de prescrire le nitrate d'argent au malade de l'observation IV, que lorsqu'il en avait donné en tout 48 grains, et

Nous rapporterons d'abord l'histoire de cinq cas d'ataxie locomotrice dans lesquels la maladie, quoique très-avancée, a été modifiée très-favorablement par le nitrate d'argent. Nous appellerons en dernier lieu l'attention sur une observation relative à une femme qui était atteinte de paraplégie sans avoir jamais présenté les symptômes de l'ataxie locomotrice progressive et dont l'état s'est considérablement amélioré sous l'influence de la même médication.

Obs. I. La nommée Jeanne R***, âgée de cinquante-deux ans, née à Bordeaux, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 10 septembre 1855.

Cette femme, d'un tempérament nerveux, réglée à l'âge de dix-huit ans, avait été toujours assez bien portante jusqu'à l'âge de trente-cinq ans environ. Vers cette époque, elle habita pendant deux ans un logement extrêmement humide. Elle commença à y éprouver de la roideur et des douleurs dans les membres inférieurs. Attribuant à l'influence de l'humidité ces accidents qui devenaient de plus en plus prononcés, elle vendit son établissement (cabinet de lecture) et prit un logement plus sain où elle exerça l'état de couturière. Bien que les conditions où elle se trouvait fussent bien meilleures, cependant les douleurs ne disparurent pas, et il s'y joignit bientôt une faiblesse qui rendit la marche assez pénible : elle pouvait toutefois sortir encore seule; mais au bout de cinq ans l'affaiblissement devint tel, qu'elle ne put plus marcher qu'en étant soutenue d'un côté par une personne et en s'appuyant de la main du côté opposé sur une canne. Deux années s'écoulèrent encore avant que la malade se résignât à entrer dans un hôpital ; mais voyant le mal empirer de plus en plus, elle se fit admettre à l'hôpital de la Charité. Elle ne marchait plus alors qu'avec une très-grande difficulté et les douleurs étaient bien plus violentes encore qu'au début. Ces douleurs avaient leur siége presque exclusivement dans les membres inférieurs ; c'étaient des élancements, des tiraillements qui parcouraient tout d'un coup l'un ou l'autre de ces membres ; ou bien, parfois c'était une douleur de brûlure qui se manifestait brusquement dans une région plus ou moins limitée et qui disparaissait presque aussitôt.

---

il ne dit pas qu'il y eût la moindre apparence de coloration noirâtre de la peau. Le nitrate d'argent a déjà été employé dans le traitement de diverses maladies, telles que la gastralgie et la gastrite, la chorée, la syphilis, l'hystérie et l'épilepsie ; mais c'est surtout chez les sujets atteints de cette dernière maladie qu'on a observé la teinte noire de la peau, et seulement après qu'ils avaient été soumis à l'emploi du nitrate d'argent pendant longtemps et à doses élevées. Rien, d'ailleurs, n'empêcherait d'interrompre de temps à autre le traitement de l'ataxie locomotrice progressive pendant quelques jours et de le reprendre ensuite : peut-être pourrait-on ainsi le continuer bien plus longtemps sans redouter l'apparition de la coloration noirâtre. Il faut bien dire, au reste, qu'il y a des cas d'une telle gravité, que l'on doit avant tout chercher à obtenir une amélioration, même au prix d'une légère modification de la teinte normale de la peau.

Le traitement institué à la Charité a consisté dans l'application de six cautères à la région dorso-lombaire et dans l'emploi de l'électricité. Elle a été électrisée deux fois par semaine, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital. Elle assure que ce traitement n'a produit aucune amélioration et que lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, six mois après son admission, son état était plus grave qu'au moment de son entrée. Du reste, c'est pendant son séjour à l'hôpital qu'est survenu un nouveau symptôme. Elle perdit rapidement alors la vue de l'œil droit, qui se dévia en même temps en dehors, sans qu'il y ait eu aucune affection apparente de cet œil. C'est six mois après sa sortie de l'hôpital de la Charité qu'elle entre à la Salpêtrière, admise comme incurable. A cette époque, en 1855, la malade faisait encore quelques pas autour de son lit, en s'appuyant sur les barreaux, ou en se tenant aux draps; elle parvenait aussi à faire quelques pas dans la salle lorsqu'on la soutenait sous les deux bras, mais ses membres inférieurs se mouvaient sans régularité et sans mesure. Elle voyait encore assez de l'œil droit pour coudre. Douleurs extrêmement violentes, fulgurantes dans ces membres. C'est peu de temps après l'entrée à la Salpêtrière qu'eut lieu la ménopause, sans accidents particuliers.

A partir de ce moment, il y eut une aggravation progressive de tous les accidents; deux ou trois ans après l'entrée à la Salpêtrière, la vue de l'œil droit diminue et finit par s'abolir presque complétement. Enfin, il y a un an au moins que la malade a été obligée de rester définitivement au lit, la locomotion étant devenue tout à fait impossible. Les bras avaient d'abord été épargnés par la maladie; mais il y a cinq ans, le bras droit a commencé à s'affaiblir; au bout de quelque temps le bras gauche a été envahi à son tour. Pendant l'année qui a précédé l'entrée à l'infirmerie, la femme R*** était réduite à la plus triste condition : elle pouvait difficilement s'asseoir dans son lit et était incapable de rester assise dans un fauteuil; elle réussissait à peine à manger sans l'aide d'une main étrangère, et ne pouvait plus ni se peigner ni se laver le visage; elle s'affaiblissait peu à peu et continuait à être tourmentée par de violentes douleurs. Trois semaines avant son admission dans la salle Saint-Denis, n° 2, elle est prise de très-fortes coliques, avec diarrhée abondante : on la fait entrer à l'infirmerie le 9 mars 1862.

Cette femme s'est considérablement affaiblie depuis quinze jours. Elle a plus de dix garde-robes par jour et les matières évacuées sont infectes. Les coliques sont accompagnées parfois de vomituritions et sont assez vives pour arracher des cris à la malade. Elle ne peut plus se tenir assise sur son lit et l'on est obligé de l'étayer avec des oreillers; si on la met un instant dans un fauteuil, il faut l'y attacher pour qu'elle ne glisse pas.

Les membres inférieurs sont grêles; les masses musculaires sont évidemment amoindries; les pieds sont étendus sur les jambes, ou plutôt pendent dans l'extension, le pied droit est en même temps un peu dans l'adduction; les orteils sont à demi fléchis : il y a d'ailleurs une résolution complète des autres segments de ces membres. Le mouvement de flexion des pieds est possible, mais peu éner-

gique et limité. La jambe peut de même se fléchir sur la cuisse et la cuisse sur le bassin ; mais on peut, en déployant du reste une assez grande force, s'opposer à l'exécution complète de ces mouvements. Le mouvement inverse d'extension se fait avec plus d'énergie que celui de flexion. Ces divers mouvements sont plus faibles dans le membre droit que dans le membre gauche. La faradisation produit aussi des contractions musculaires plus vives dans le membre gauche que dans le droit ; mais même du côté gauche la contractilité paraît bien inférieure au degré normal. Les membres supérieurs sont atteints à un moindre degré que les inférieurs : il y a aussi une différence sous tous les rapports, et dans le même sens, entre les deux membres supérieurs.

La sensibilité tactile est obtuse dans toute l'étendue des membres inférieurs. Le chatouillement de la plante des pieds ne produit autre chose qu'une sensation douloureuse de pincement : il est suivi de mouvements réflexes, mais après un intervalle assez long. Le pincement de la peau produit une douleur plus vive que dans l'état normal, très-retardée (trois secondes d'intervalle) et très-prolongée. Sensibilité au froid paraissant très-vive. Notions de position presque nulles ; la malade ne sait jamais dans quelle situation sont ses jambes ; elle reconnaît à peine quel est le membre que l'on touche. La faradisation cutanée ne détermine qu'une sensation très-obscure. La sensibilité musculaire est elle-même très-affaiblie. La sensibilité tactile et musculaire est également bien diminuée dans les deux membres supérieurs, moins obtuse dans le gauche que dans le droit. Même perversion de la sensibilité qu'aux membres inférieurs, même retard des sensations, notions de position aussi vagues. Le froissement du nerf cubital gauche détermine une douleur rapportée aux doigts ; le froissement du nerf cubital droit ne produit aucune douleur, aucun engourdissement des doigts.

Le tact est moins diminué sur la surface cutanée du tronc qu'aux membres ; mais il est loin d'y être normal.

La vue est tout à fait nulle de l'œil droit ; l'œil gauche entrevoit encore très-confusément la lumière. Cet œil est dévié, la cornée est dirigée en dehors ; les iris sont encore légèrement contractiles. Les papilles des nerfs optiques, examinées avec l'aide de M. le docteur Herschell, sont très-atrophiées. Les conjonctives sont moins sensibles que dans l'état normal.

La marche est absolument impossible ; la malade, soulevée par deux aides, lance ses membres de la façon la plus désordonnée, ses pieds viennent frapper violemment le sol, qu'elle ne sent, d'ailleurs, presque pas.

Outre les coliques qui la tourmentent, la malade éprouve toujours de temps à autre ces douleurs lancinantes, térébrantes, qui maintenant se montrent même aussi dans les membres supérieurs.

Dans les quelques jours qui suivent son entrée à l'infirmerie, son état s'aggrave encore. Un seul phénomène mérite d'ailleurs d'être signalé, parce qu'il ne fait point partie de l'ensemble constant des symptômes : c'est un gonflement accompagné d'une rougeur sombre, qui s'est manifesté au niveau des régions métacarpo-phalan-

giennes des deux mains ; ce gonflement n'était douloureux qu'à la main gauche, laquelle avait, ainsi que tout le membre correspondant, comme il a été dit plus haut, conservé une sensibilité plus nette que la main droite. Cette tuméfaction disparaît au bout de quatre ou cinq jours. Malgré les opiacés et le sous-nitrate de bismuth, la diarrhée n'est point arrêtée. L'appétit est presque nul, il y a de la fièvre ; il y a eu un peu d'agitation pendant la nuit, à deux ou trois reprises, et il semble réellement que la malade est menacée d'une mort très-prochaine.

Le 11 avril. On prescrit à la malade 2 pilules de nitrate-d'argent par jour, de 1 centigramme chacune, une le matin et une le soir.

Au bout de dix jours de ce traitement, il s'est produit déjà une amélioration très-prononcée et bien remarquable. La diarrhée est complétement arrêtée ; l'appétit renaît. La malade peut s'asseoir dans son lit, elle peut même se tenir assise pendant quelques minutes dans un fauteuil, sans aucun lien ; le mouvement des mains est moins embarrassé ; elle porte plus facilement les aliments à sa bouche et a pu même dénouer son bonnet. Depuis quatre ou cinq jours, mouvements brusques et involontaires de flexion des membres inférieurs, ayant la rapidité de soubresauts, démangeaisons très-vives de la peau de ces membres, où l'on voit une éruption lichénoïde.

Le 1er mai. La malade peut rester assise dans son lit pendant la plus grande partie de la journée ; elle se tient aussi très-bien et longtemps assise dans un fauteuil ; elle mange trois portions et va très-régulièrement à la garde-robe. Elle est très-manifestement engraissée. Elle mange bien seule, peut se peigner et se laver le visage, bien qu'avec une certaine difficulté. Les notions de position ont repris de la netteté dans tous les membres ; elle porte maintenant, sans presque jamais se tromper, et d'un seul coup, l'index de chaque main à son nez : lorsque l'on croise ses pieds, elle reconnaît bien leur situation relative. En même temps, la force des mouvements est devenue plus grande. La vue elle-même a subi un amendement favorable ; la malade distingue bien la place des fenêtres, elle voit la lumière de la veilleuse pendant la nuit, elle aperçoit l'ombre de ses doigts et les mouvements de cette ombre. Les douleurs ont complétement disparu. Il y a encore des soubresauts dans les membres inférieurs et des démangeaisons. La malade affirme que, sous tous les rapports, elle est mieux portante aujourd'hui qu'il y a un an, mieux même, comme santé générale, qu'il y a deux ans. A partir du 1er mai, on prescrit 3 pilules de 0gr,01 de nitrate d'argent. L'amélioration fait chaque jour de nouveaux pas.

Le 20 mai. Les membres inférieurs, qui étaient si profondément atteints, ne peuvent pas encore supporter la malade ; mais, au lit, leurs mouvements se font avec une précision bien plus grande ; les pieds ne sont pas aussi pendants, et l'attitude constante des orteils n'est plus la demi-flexion. Lorsque la malade est dans un fauteuil maintenant, elle peut se soulever à l'aide de ses mains, ce qu'elle n'avait point fait depuis plus de deux ans. Les mouvements des mains sont aussi de plus en plus précis. La sensibilité est moins

obtuse dans tous les points du corps où elle était affaiblie ; le sol est bien mieux senti ; le froissement du nerf cubital du côté droit produit de la douleur et un retentissement que la malade rapporte à son petit doigt. La vue a fait encore de légers mais très-réels progrès, appréciables presque exclusivement, d'ailleurs, dans l'œil droit.

Depuis plusieurs jours la malade éprouve d'assez vives douleurs dans des points variés des membres inférieurs, douleurs qui se manifestent une heure environ après l'ingestion des pilules et qui durent pendant une demi-heure, une heure et quelquefois même un peu davantage. Deux ou trois fois elle a ressenti aussi quelques douleurs dans les yeux. Elle assure qu'après que chacune de ses crises est passée, elle s'aperçoit que l'amélioration a fait un nouveau pas.

Le 3 juin. L'état de la malade est de plus en plus satisfaisant. Sa santé est excellente. Ses mains ont pris beaucoup de force ; elle a pu, hier, saisir sur sa table de nuit, avec une seule main, la droite ou la gauche indifféremment, un pot à moitié rempli de tisane et le remettre aux personnes voisines sans renverser le liquide. Elle demeure chaque jour assise dans un fauteuil pendant quatre ou cinq heures sans fatigue. Les douleurs qui se manifestent à la suite de l'ingestion des pilules sont toujours assez intenses : chute considérable de cheveux depuis plusieurs jours. Bien que ses membres inférieurs soient bien moins faibles, elle ne peut cependant pas encore se tenir debout. Elle entrevoit de mieux en mieux l'ombre des personnes qui l'entourent et distingue le blanc du noir.

Chez la malade dont nous venons de rapporter l'observation, le début de la maladie datait de plus de quinze ans, et, au moment où l'on a commencé le traitement par le nitrate d'argent, il y avait sept ans qu'elle avait été admise à l'hospice de la Salpêtrière comme incurable ; à ce moment (11 avril 1862), l'état de la malade était aussi grave que possible : privée de la vue, ou du moins n'entrevoyant plus qu'une lueur indécise, incapable de s'asseoir sur son lit, ne pouvant presque plus se servir de ses mains, obsédée des plus vives douleurs, pâle, amaigrie, presque mourante ; telles étaient les conditions dans lesquelles elle se trouvait alors. Dix jours après le début du traitement, il y avait une amélioration très-prononcée, et, au bout de vingt jours, les progrès de cette amélioration avaient été si considérables, que la malade était mieux portante qu'un an auparavant. Au commencement de juin, l'état de la malade n'avait pas cessé de devenir de plus en plus satisfaisant. Les mouvements ont repris une plus grande force et une plus grande précision ; les diverses sensations sont plus nettes ; les douleurs caractéristiques ont disparu depuis longtemps ; la vision enfin n'est plus aussi éteinte que par le passé. Quant à la

santé générale, il y a plus de deux ans qu'elle n'a été aussi bonne. En un mot, il s'est fait, sous tous les rapports, un amendement inespéré. La malade a pris en tout, jusqu'au 3 juin, 1gr,40 de nitrate d'argent.

Obs. II. La nommée W. (Marguerite), âgée de trente-sept ans, veuve S., née à Tintingen (Belgique), est entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 19 mars 1861. Elle n'a été atteinte d'aucune maladie jusqu'à l'âge de trente et un ans; elle fut alors affectée de névralgie sciatique du côté droit, névralgie qui fut très-douloureuse, mais qui disparut complétement au bout de quelque temps. Sa santé fut de nouveau très-bonne jusqu'à l'âge de trente-trois ans environ. Elle était ouvrière en bijoux de jais. C'est à cette époque que remonte le début de sa maladie actuelle. A quelques mois d'intervalle, elle fut prise de trois attaques hystériformes violentes, sans perte de connaissance, et suivies de vomissements et de diarrhée, le tout ne durant guère plus d'une heure. La première attaque avait eu lieu à la suite d'une grande frayeur éprouvée durant une époque menstruelle. A la suite de la dernière attaque (la malade avait alors trente-quatre ans), elle ressentit de l'engourdissement dans les doigts des deux mains. Cet engourdissement permanent fut bientôt accompagné de douleurs très-violentes dans les extrémités des doigts. Deux ou trois mois après, survinrent des engourdissements et une sensation de froid dans les pieds. A cet engourdissement se joignit, au bout de peu de temps, de la faiblesse qui devint rapidement assez grande pour forcer la malade de quitter son état. Quatre mois environ après le début des accidents, se montrèrent pour la première fois des douleurs d'abord dans les membres supérieurs, puis dans les membres inférieurs, et presque aussitôt dans les régions cervicale et dorsale; ces douleurs étaient très-intenses et continues; c'étaient des sensations de brûlure et des tiraillements violents; il n'y a jamais eu de véritables douleurs fulgurantes. La faiblesse augmentait progressivement; la malade marchait difficilement et se servait encore plus difficilement de ses mains. Un nouveau phénomène se manifesta vers cette époque; des douleurs intolérables survinrent dans les yeux, il semblait qu'on les arrachait; la vue se perdit en même temps peu à peu dans l'œil gauche, puis quelque temps après dans l'œil droit. Pour terminer l'énumération des symptômes de la première période de la maladie, il faut signaler encore une salivation très-abondante qui avait paru presque dès le début et une suspension de la menstruation pendant six mois. Un an après le début de la maladie, l'altération de la motilité et de la sensibilité était des plus profondes. La marche était à peu près impossible; la malade se soutenait difficilement debout, et si elle cherchait à faire quelques pas, maintenue des deux côtés par des aides, les membres inférieurs exécutaient des mouvements incohérents, se prenaient, soit l'un dans l'autre, soit dans ceux des personnes qui lui donnaient le bras. Quant aux membres supérieurs, ils étaient plus affectés encore, la malade ne pouvait qu'avec peine saisir les objets, et elle

ignorait presque complétement la position qu'occupaient ses mains. C'est dans cet état qu'elle entre à l'Hôtel-Dieu où elle reste pendant dix-neuf mois. Presque dès son entrée ses règles reparaissent et depuis ce temps sont revenues ponctuellement chaque mois. Quelque temps après son entrée, tous les accidents augmentent encore, les douleurs sont plus violentes qu'auparavant, et elles envahissent, il y a deux ans environ, les deux côtés de la face, les lèvres, la langue et le voile du palais ; la parole, la mastication et la déglutition deviennent très-embarrassées. La faiblesse de la région lombaire devient telle, que la malade ne peut plus s'asseoir dans son lit, encore moins dans un fauteuil, et qu'on est obligé, lorsqu'on veut changer ses draps, de la coucher sur un brancard. Les mouvements des bras sont presque nuls, mais plutôt, à ce qu'il semble, à cause de l'affaiblissement extrême des divers modes de sensibilité et de l'abolition presque absolue des notions de position, que par suite de la diminution de la contractilité musculaire. On est obligé de prendre ses mains et de les ramener dans telle ou telle position, la malade ignorant tout à fait l'endroit où elles sont et ne pouvant presque pas les remuer. Elle n'a été soumise à aucun traitement prolongé pendant son séjour à l'hôpital. On avait voulu appliquer un séton, mais un anthrax se développa presque aussitôt, et s'opposa à ce qu'on entretînt cet exutoire. Pendant trois semaines environ elle fut soumise à l'iodure de potassium, sans qu'il y eût la moindre modification de son état. Elle sort de l'Hôtel-Dieu plus malade que lorsqu'elle y était entrée, retourne dans son pays pendant six mois, puis est admise à la Salpêtrière comme incurable. Depuis qu'elle est dans cet hospice, la faiblesse des membres inférieurs ou plutôt celle des masses musculaires lombaires a un peu diminué ; la malade pouvait rester dans un fauteuil et faire deux ou trois pas lorsqu'on la soutenait sous les deux épaules, les bras sont peut-être devenus aussi un peu moins perclus qu'auparavant ; mais cet amendement est réellement bien léger. Vers le 1er mars 1862, elle est reprise de douleurs intolérables sur tout le trajet du nerf sciatique droit, et elle entre à l'infirmerie le 11 mars. Outre les douleurs de névralgie sciatique, on constate des douleurs très-vives au niveau des espaces intercostaux du côté droit ; de plus, la malade ressent toujours dans le cou, le dos, les bras et les membres inférieurs ses douleurs ordinaires.

La face est pâle, plombée ; traits exprimant la souffrance. Il n'y a pas un amaigrissement considérable.

La malade, étendue sur son lit, peut fléchir et étendre la cuisse sur le bassin, la jambe sur la cuisse, le pied sur la jambe, et ces mouvements ont une énergie assez grande. Si on la descend de son lit, elle peut demeurer quelques instants debout, à condition d'être très-fortement soutenue des deux côtés ; elle peut même faire deux ou trois pas, mais avec la plus grande peine, les mouvements se faisant avec incohérence. La contractilité musculaire, examinée à l'aide de l'électricité, paraît un peu affaiblie. La faradisation des muscles est très-douloureuse. La sensibilité tactile est diminuée sur toute la surface cutanée des membres inférieurs ; sensation du sol très-

obtuse; la sensibilité à la température, à la douleur, au chatouillement, semble presque intacte; les notions de position sont encore assez nettes.

Les membres supérieurs sont aujourd'hui encore plus gravement atteints que les inférieurs. La sensibilité tactile y est surtout très-altérée : la main ne sent plus le contact que comme au travers d'un linge. Les contacts légers ne sont pas perçus. La sensibilité à la douleur et à la température n'est pas abolie. La malade ne sait pas indiquer exactement la situation où l'on place ses mains. Elle ne peut pas s'en servir; on est forcé de la faire manger, de la faire boire, de la peigner. Les mains sont faibles.

Le tact est aussi très-obtus sur le tronc. Les masses musculaires de la région postérieure du tronc ont encore bien peu de vigueur, et pour s'asseoir sur son lit d'elle-même, la malade est obligée de faire les plus grands efforts.

La sensibilité tactile est plus nette sur la peau du visage que sur les autres points du corps. Il y a de légères contractions involontaires des muscles de la face. Sensibilité de contact très-diminuée dans l'intérieur des narines, sur la face supérieure de la langue, sur la conjonctive. Strabisme interne de l'œil droit. Amaurose complète, dilatation des deux pupilles; atrophie des papilles optiques constatée par M. le docteur Herschell.

On essaye de calmer les douleurs de la cuisse droite à l'aide d'applications narcotiques et d'opiacés pris à l'intérieur; il n'y a presque aucun soulagement.

Le 4 avril, on prescrivit deux pilules de 0gr,01 de nitrate d'argent. Le 8 avril, il y a déjà un léger changement; les douleurs sont moins vives, les mouvements des membres supérieurs sont moins roides.

Le 22 avril, l'amélioration est plus notable; l'appétit s'accroît, les douleurs ont encore diminué, et les mouvements, soit des membres inférieurs, soit des membres supérieurs, sont certainement plus faciles. La malade éprouve depuis quelques jours une sensation toute particulière de constriction autour des bras, et des démangeaisons assez vives, tantôt sur les bras, tantôt sur les jambes, tantôt sur la région dorsale, où l'on voit une éruption lichénoïde discrète.

Le 29 avril. Nouveaux progrès; la malade s'asseoit facilement sur son lit, et peut rester assise sur un fauteuil. Les douleurs des lèvres, de la langue et du voile du palais ont disparu presque complétement, de telle sorte que la parole, la mastication et la déglutition sont moins embarrassées. Les mouvements des mains sont plus libres et la sensibilité y est bien moins obtuse; la malade peut saisir et tenir assez longtemps les objets, elle peut manger seule les aliments solides; elle porte avec bien moins d'hésitation l'index de chaque main à son nez, elle le fait avec un mouvement pondéré, et ne va plus frapper violemment son visage, comme elle le faisait auparavant. Elle sent bien mieux le drap de son lit avec ses pieds, et, quand on la lève, elle sent mieux aussi le sol. Elle ne peut, d'ail-

leurs, pas encore se tenir debout sans être soutenue par deux aides. A dater de ce jour, elle prend trois pilules de 1 centigramme.

Le 14 mai. La malade est débarrassée de ses douleurs. Elle ressent chaque jour, depuis le commencement du mois, une sorte de travail intérieur dans les doigts; il lui semble que ses doigts se tordent, et cette sensation est assez pénible. Il y a aussi de temps en temps de petites secousses dans divers points des membres supérieurs. La sensibilité y reprend de jour en jour un peu plus de netteté. La malade a pu faire plusieurs pas dans la salle, en étant soutenue sous les deux bras, et l'on a vu que les mouvements de la marche étaient bien plus réguliers.

Le 20 mai. La malade a pu faire le tour de la salle, toujours en étant soutenue, mais on n'a pas besoin de la soutenir avec autant de force; une fois les premiers pas faits avec une certaine hésitation, les autres sont exécutés régulièrement et rapidement. En tenant, à l'aide de ses deux mains, un des barreaux verticaux de son lit, elle a pu demeurer debout pendant quelques instants, et elle pourrait garder plus longtemps cette attitude, si la sensibilité de la paume des mains était assez rétablie pour lui permettre de sentir avec une précision suffisante son point d'appui. Elle reste assise sur son lit ou sur un fauteuil presque aussi longtemps qu'elle le veut; elle mange de plus en plus facilement sans aide les aliments solides. Il y a, en somme, une amélioration très-considérable.

Le 3 juin. La marche devient de jour en jour plus facile : la malade ne s'appuie plus que très-peu sur les personnes qui lui donnent le bras de chaque côté. Elle fait même plusieurs pas, aidée par une seule personne. Enfin, il y a quelques jours, elle a pu descendre et monter deux étages, soutenue, il est vrai, par deux infirmières. Si la malade n'était pas absolument aveugle, ou si la sensibilité de ses mains n'était pas encore obtuse, il est évident qu'elle marcherait maintenant avec le secours de béquilles ou même de cannes.

Dans cette observation, nous voyons l'histoire d'un cas offrant une grande analogie avec le précédent. Même enchaînement de symptômes; même diffusion des atteintes de la maladie : en un mot, ataxie locomotrice progressive dans tout son développement. Seulement la maladie était de date moins ancienne, et le début ne remontait pas à plus de quatre années. Il y avait un an que la malade avait été admise à l'hospice de la Salpêtrière comme incurable. Les phénomènes morbides étaient arrivés chez elle à un plus haut degré de gravité dans les yeux, le tronc et les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. Aussi est-ce dans les membres inférieurs que l'amélioration a été le plus sensible. Cette amélioration a commencé à se manifester le 8 avril, quatre jours après le début du traitement par le nitrate d'argent, et il y avait, le 20 mai, comme on peut le voir dans l'observation, une modification bien grande,

qui n'a fait que devenir de plus en plus marquée jusqu'à ce jour (3 juin). La malade a pris en tout 1gr,60 de nitrate d'argent.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Des fistules vesico-vaginales d'un abord difficile. Moyens proposés pour surmonter cette complication [1].

Lettre à M. le docteur Debout par M. Verneuil, chirurgien des hôpitaux.

Et maintenant, jetons les yeux sur les différents moyens qui ont été spécialement mis en usage pour favoriser l'inspection de la fistule et pour l'amener à la vulve, en un mot, pour faciliter l'avivement ou le passage des sutures. Je ne les préconise pas invariablement; car, je le répète, ils me paraissent inutiles quand les spéculums et les attitudes suffisent, et doivent être réservés seulement pour les cas exceptionnels auxquels j'ai fait allusion plus haut; leur énumération démontrera que, pour la plupart, ils peuvent être utiles si on les emploie avec discernement, suivant l'espèce d'obstacle qui empêche l'abord de la fistule, mais elle montrera tout aussi évidemment qu'ils ne sont pas tous innocents et dépourvus d'inconvénients intrinsèques. On ne saurait admettre, en effet, qu'il soit indifférent de labourer la muqueuse vaginale avec une série de crochets, d'implanter deux ou trois érignes dans le col utérin, de presser pendant longtemps sur la muqueuse vésicale avec des corps durs, de dilater de force l'urètre, d'entraîner, bon gré malgré, le vagin, la matrice et ses annexes jusqu'à la vulve, d'inciser les parties extérieures saines, etc., toutes violences dont on s'abstient dans les cas ordinaires par l'emploi du spéculum univalve et des décubitus en pronation ou sur le côté, en un mot, quand on opère la fistule *in situ*.

A. *Opérations préliminaires sanglantes destinées à agrandir le vagin ou la vulve.* A cette catégorie appartiennent 1° les débridements, les incisions, la dilatation destinés à détruire les brides, les diaphragmes, en un mot, les rétrécissements du vagin, qui rendent l'opération principale plus ou moins malaisée, sinon impossible. Chopart, le premier, je crois, fit une incision de cette espèce, non

---

[1] Suite et fin, voir la livraison précédente, p. 442.

pour faire la suture, il est vrai, mais pour reconnaître la fistule [1]. Je ne cite pas d'autres auteurs, parce que cette pratique, d'une utilité incontestée, est devenue vulgaire. M. Jobert, gêné dans un cas par une bride transversale située au-dessous de la perforation, l'*excisa* [2];

2° Les incisions pratiquées sur la vulve et sur le périnée (Baker Brown [3], Maisonneuve [4], condamnées par M. Jobert [5], avec assez de raison, je pense, la périnéotomie préalable me paraît devoir être bien rarement indiquée.

B. *Manœuvres préliminaires non sanglantes destinées à abaisser la fistule.* Elles s'exécutent directement sur la fistule, sur la cloison vésico-vaginale ou sur le col de l'utérus.

1° *Sur les lèvres de la fistule,* qu'on saisit et qu'on attire avec des pinces à pansement, à griffes ou de Museux, avec des crochets mousses, des érignes (Roux, Dugès, Jobert, Luke, Dieffenbach), avec les doigts nus (Jobert), ou l'index recourbé et recouvert d'un doigtier (Malagodi). Au lieu d'agir sur les lèvres de la fistule par traction de bas en haut, on peut l'abaisser par pression exercée de haut en bas, c'est-à-dire en poussant de la vessie vers le vagin. A cette variété se rapporte l'introduction du doigt dans la vessie par l'urètre; on sait que Sanson a osé faire deux incisions au canal pour permettre l'introduction du doigt; ce moyen, trop vanté par M. Michon [6], imité par M. Lenoir [7], doit être rejeté : d'abord parce qu'il en est de meilleurs, ensuite parce que les femmes, fussent-elles guéries de leur fistule, seraient fort exposées à une incontinence d'urine consécutive, prévue par Dieffenbach, *Operative chirurgie*, t. II, p. 575, et réalisée dans la deuxième observation de Lenoir (1847).

Nous rangeons dans cette catégorie l'expédient de M. Bourguet, qui s'est montré innocent et efficace; mais nous devons dire qu'un moyen très-analogue avait déjà été imaginé par Leroy (d'Etiolles) et réalisé à l'aide d'un instrument spécial, assez ingénieux; cependant nous n'hésitons pas à donner la préférence à la sonde de M. Bourguet,

---

[1] Chopart, *Maladies des voies urinaires*, t. I, p. 483, édit. Pascal, 1830.

[2] Jobert, *Fistules vésico-utérines*, 1852, obs. 23, p. 217.

[3] Baker Brown, *On vesico-vaginal fistula*, 1858, p. 14.

[4] Maisonneuve, *Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. III, p. 223, obs. 4.

[5] Jobert, *Fistules vésico-utérines*. Introduction, p. XIII.

[6] Michon, *Thèse de concours*, 1841, p. 82.

[7] Lenoir, *Même thèse*, même page, puis *Chirurgie plastique* de Jobert, t. II, p. 525. — Lenoir a donc eu recours deux fois au moins à ce moyen.

qui ne grossit pas l'arsenal instrumental, qui se trouve partout, s'applique aisément et convient à des fistules de diverses dimensions. Enfin, le fil qui pend dans le vagin serait moins gênant que la tige métallique de l'instrument de Leroy (1).

Depuis longtemps M. Reybard a proposé, de son côté, l'usage d'une sonde flexible, recourbée en anse et traversant la fistule, un des chefs passé par l'urètre, l'autre par le vagin. La concavité de l'anse répond à la lèvre antérieure de la fistule, qu'on attire de cette façon d'arrière en avant vers la vulve (2). Un chirurgien dont le nom m'échappe a remplacé dans le même but la sonde flexible par un ruban de fil. C'est encore une simplification.

2° *Sur la cloison* Il est bien clair que les tractions ou les pressions exercées sur les bords de la fistule ne pourront mobiliser celle-ci que grâce à la laxité de la cloison vésico-vaginale elle-même, qui suit et cède en même temps. Les moyens que nous allons indiquer se rapprochent donc sensiblement des précédents, mais ils en diffèrent toutefois en ce qu'ils laissent tout à fait libres les bords de la fistule, c'est-à-dire la région même où doivent agir les instruments ; c'est un petit avantage. En effet, dans une des observations de Dieffenbach (la plus remarquable certainement), on avait implanté dans la circonférence de l'ouverture une couronne de crochets aigus. Or, pour l'avivement, on dut successivement ôter chaque crochet pour laisser passer le bistouri, puis le remettre après pour tenir toujours la fistule en vue (3).

C'est à Dieffenbach lui-même que nous devons un procédé pour abaisser la cloison vésico-vaginale. Le spéculum mis en place, il introduisait dans le vagin une longue pince à griffes, avec laquelle il saisissait la paroi vaginale derrière la fistule, après quoi une seconde pince était implantée au-devant de l'ouverture. Les deux instruments étant réunis dans la main droite, on retirait le spéculum de la main gauche. On tirait doucement pour effectuer l'abaissement du vagin; si la tension devenait trop forte, on implantait deux cro-

(1) Leroy (d'Etiolles), *Mémoire sur des moyens nouveaux de traitement des fistules vésico-vaginales*. — Présenté à l'Académie des sciences, août 1842. — Nous ne citons que le point d'histoire, et nous croyons inutile de donner la description d'un instrument qui nous paraît superflu.

(2) Reybard, communication à l'Académie de médecine, 1855.

Le travail de cet auteur n'a pu être publié *in extenso* jusqu'à ce jour. Nous espérons que d'ici à peu les moyens ingénieux des chirurgiens lyonnais ne seront pas inédits.

(3) Dieffenbach, *Medicinische Zeitung*, Berlin, 1836, p. 119.

chets sur les côtés et on tirait simultanément sur les quatre instruments jusqu'à ce que la perforation devînt visible entre les petites lèvres. — *Toute la manœuvre,* ajoute Dieffenbach, *est analogue à celle de Lisfranc, quand il attire au dehors le col de l'utérus pour l'extirper, en cas de cancer*[1].

La multiplicité des instruments appliqués autour de la fistule devait certainement gêner l'exécution des temps ultérieurs de l'opération ; aussi comprend-on qu'on ait cherché à simplifier la manœuvre, surtout s'il suffit d'attirer une seule des lèvres de la fistule ou de déprimer une bride trop saillante. Les crochets dont les dents pourraient, d'ailleurs, lacérer la muqueuse vaginale, pourraient être avantageusement remplacés par une anse de fil passé à travers la muqueuse vaginale seule et servant à attirer et à fixer en même temps l'une des deux lèvres et la partie attenante de la cloison. M. Foucher a utilisé ce moyen si simple pour aborder la lèvre antérieure de la fistule. M. Nélaton nous a dit avoir agi de même sur la lèvre postérieure et avec grand succès. Ces ligatures adjuvantes sont retirées lorsque l'opération est terminée.

Il n'est pas jusqu'aux sutures elles-mêmes, lorsqu'elles sont en place, qui ne puissent remplir un but analogue, c'est-à-dire tendre les lèvres de la fistule et abaisser la région opérée. Vers 1839, M. Kilian, de Bonn [2], avait imaginé un procédé particulier pour opérer les fistules longitudinales; or, lorsqu'il avait placé le premier fil, il s'en servait pour attirer toute la fistule, ce qui rendait un grand service. Dans le procédé type qu'il décrit, en 1856, il revient encore sur cette manœuvre et la préconise.

M. Malgaigne, en 1847, répéta avec succès l'opération de M. Jobert. Il plaça deux sutures et les noua ; « avant de couper les fils, il s'en servit pour attirer au dehors la portion de vessie qu'ils étreignaient et séparer cet organe de ses attaches au col utérin, car les pinces implantées sur les lèvres du col le gênaient et furent ôtées. Une autre incision fut faite en avant de la fistule, puis les fils furent coupés près des nœuds [3]. »

Dans sa récente communication à la Société de chirurgie, M. Morel-Lavallée a indiqué les services que peut rendre une anse de fil placée à l'extrémité inférieure d'une fistule longitudinale, pour

---

(1) *Même indication* et *Chirurgie opérative,* t. I, 560 et *passim.*

(2) *Die rein-chirurgischen operationen des Geburtshelfers.* Bonn, 1856, 2e édit., p. 552, 555.

(3) *Revue med.-chirurg.*, t. II, p. 505, 1847.

tendre les lèvres et favoriser à la fois l'avivement et le passage des fils. Deux fois j'ai utilisé de mon côté la première suture placée après l'avivement, afin d'attirer la fistule et de rendre plus aisée le passage des autres fils ; une des observations contenues dans le numéro de janvier des *Archives de médecine* en fait mention. L'autre fait sera prochainement publié.

C'est également pour abaisser la cloison en totalité, et par conséquent la fistule, que Lallemand, en 1833 [1]. M. Hayward, de Boston, en 1839, introduisaient dans la vessie une sonde conduite au delà de la fistule et qui, par un mouvement d'élévation imprimé au pavillon, portait la paroi antérieure du vagin en bas et en avant, jusqu'à ce que la perforation fût librement exposée à la vue. Cette sonde est confiée à un aide [2] ; M. Baker Brown l'a remplacée par un gros cathéter en bois [3]. On comprend que ce moyen puisse être efficace lorsque la fistule n'est pas très-profonde, que la cloison est bien mobile et surtout que les parties sont bien relâchées, grâce au sommeil anesthésique. C'est pourquoi il pourrait être utilisé, si l'on jugeait opportun d'opérer dans la position de la taille.

M. Kilian recommande l'emploi d'un cathéter d'homme ou d'une baguette d'argent flexible à laquelle on donne une courbure semblable ; après avoir introduit l'instrument dans la vessie, on lui imprime un mouvement de rotation, de manière à ce que sa concavité soit dirigée du côté du vagin ; on s'en sert alors comme d'un crochet pour attirer vers la vulve les parties molles situées derrière la fistule et les abaisser en même temps. De nombreuses expériences sur le vivant engagent M. Kilion à recommander vivement ce procédé, qui n'est pas, dit-il, aussi employé qu'il le mérite [4].

3° *Sur le col de l'utérus.* Nous n'avons ici qu'un seul procédé, mais il est si efficace, si commode, que pendant longtemps il a détrôné tous les autres : c'est l'*abaissement indirect de la fistule à l'aide de tractions opérées sur le col utérin.* C'est à M. Jobert qu'appartient sans conteste le mérite d'avoir appliqué à l'opération de la fistule vésico-vaginale une manœuvre préliminaire qui était dans la science depuis près de cinquante ans, mais réservé à d'autres usages. L'abaissement de l'utérus, en rendant la fistule très-accessible, présente encore cet avantage que les instruments destinés à opérer

(1) Obs. de Françoise Fépon.

(2) *American journal*. 1839, t. XXIV, p. 283 et suivantes.

(3) *On vesico-vaginal fistula*, obs. de Mss K***.

(4) *Die rein chirurgischen operationen des Geburtshelfers*, 2e édit.; Bonn, 1856, p. 349.

cette manœuvre ne contondent ni ne blessent le pourtour même de la perforation et ne gênent nullement les actes opératoires proprement dits. Il en est autrement quand on implante des crochets sur le contour de la fistule ou sur ses lèvres, quand on saisit ces dernières avec des pinces, au risque de léser plus ou moins la muqueuse vésicale, etc.

On s'étonne qu'une modification si simple et pourtant si avantageuse ait tant tardé à se produire. Osiander, au début de notre siècle, avait imaginé, pour faciliter l'amputation du col utérin, de traverser cet organe avec des anses de fil et de l'attirer ainsi jusqu'à l'orifice vulvaire. Lisfranc, puis Dupuytren, se servirent des pinces de Museux dans le même but et même pour faciliter l'ablation de certains corps ou polypes fibreux. Dieffenbach, en 1836, et cette fois pour pratiquer l'opération qui nous occupe, implantait des érignes dans la paroi vaginale, imitant, disait-il, la manœuvre de Lisfranc pour l'amputation du col. Horner avait déjà songé, dans un autre but à la vérité, à maintenir le col utérin abaissé d'une manière permanente, au moyen d'un instrument qui s'implantait dans le col [1]. Le pas qui restait donc à franchir était étroit ; il ne le fut cependant que vers 1845, quand M. Jobert fit connaître sa seconde série de procédés.

Ce moyen simplifiait d'une manière singulière le manuel de l'opération, aussi les chirurgiens reprirent courage et obtinrent par-ci par-là quelques succès. Si j'osais énoncer ma pensée tout entière, j'attribuerais volontiers la réussite inespérée de M. Jobert à cette simple manœuvre plutôt qu'aux autres temps de son procédé. En effet, il ne modifiait sensiblement ni l'avivement, ni la suture, ni la sonde à demeure, ni les soins consécutifs ; mais il exécutait les actes opératoires proprement dits (avivement, passage et constriction des fils) avec une précision presque inconnue jusqu'alors ; il faisait mieux, parce qu'il voyait mieux, et réunissait plus exactement.

Mais il ajoutait, dira-t-on, ces incisions, ces débridements, ces décollements qui constituent l'essence de la méthode dite *autoplastie par glissement* et en expliquent les succès. A quoi je répondrai sans hésiter que tous ces délabrements rendent l'opération, suivant moi, plus compliquée et plus sérieuse sans assurer mieux sa réussite et qu'ils sont, sinon très-périlleux, au moins inutiles dans la grande majorité des cas.

Si la discussion s'engageait sur ce point, j'invoquerais l'autorité

---

[1] *Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 124.

de MM. Simon, Roser, Bozeman et quelques autres qui ont déjà conclu, comme je le fais, au rejet des susdites incisions pratiquées toujours et quand même; puis j'examinerais la liste déjà longue de guérisons obtenues sans elle ; enfin, si j'étais seul de cet avis, je me ferais fort de prouver par le raisonnement, et encore mieux par les faits publiés, que l'on a étrangement abusé de ces adjuvants dangereux sans avoir démontré péremptoirement leur influence décisive dans les cas à issue heureuse.

Si j'analyse comparativement le procédé de M. Jobert et ceux de ses prédécesseurs, j'y trouve trois temps distincts :

1° Une opération préliminaire très-supérieure dans le premier, absente ou défectueuse dans les seconds ;

2° Une opération fondamentale, la réunion à peu près semblable des deux côtés ;

3° Des opérations adjuvantes, incisions, dissections, débridements propres au procédé Jobert.

Supprimons ce troisième temps qui, s'il n'a pas toujours compromis le succès, n'y a du moins pas souvent contribué. Accordons des deux côtés une valeur égale aux moyens de réunion ; dès lors la supériorité incontestable de l'acte préparatoire nous rend compte de succès inusités jusque-là, mais qui devaient être surpassés encore par les perfectionnements si remarquables introduits dans le manuel de l'acte fondamental, c'est-à-dire de la suture.

Par une destinée commune à beaucoup de progrès réels, mais encore incomplets, l'abaissement forcé de l'utérus, après avoir rendu les plus signalés services, doit être désormais abandonné comme mesure générale [1]. Ce temps préliminaire n'est plus nécessaire, puisqu'on peut facilement opérer sur place. Toutefois, je ne pense pas que la déchéance doive aller jusqu'à la proscription. L'expédient susdit restera utile à titre exceptionnel et dans des conditions spéciales; je cite, par exemple, les fistules vésico-utérines, certaines fistules utéro-vésico-vaginales, et enfin, pour revenir au sujet spécial de cette note, quelques fistules d'un abord difficile.

Et pour montrer que je ne suis point exclusif, tout aussi bien que pour étayer ma restriction, il me suffira de dire que, dans un cas récent, qui sera prochainement publié, j'ai eu recours précisément à l'abaissement forcé de l'utérus, qui m'a rendu les plus grands services pour exécuter l'opération.

---

[1] M. Jobert lui-même, après avoir étrangement abusé de ce moyen, y a presque complétement renoncé maintenant, ce dont nous le félicitons.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Essais de dosage des extraits narcotiques et en particulier de l'extrait de belladone.

Par M. Lobet, pharmacien à Sedan.

Les extraits en général sont des médicaments dont la nature et la composition ne sont pas encore parfaitement déterminés. Malgré les nombreuses améliorations introduites dans leur mode de préparation, nous avons encore à regretter beaucoup d'incertitudes, car ces médicaments sont excessivement variables dans leur composition, et par conséquent loin d'être identiques. Si les phénomènes qui se passent pendant leur préparation sont difficiles à expliquer, ne devons-nous pas craindre aussi les causes qui favorisent leur altération? En effet, malgré les modes indiqués pour leur conservation, nous pouvons croire que les matières inertes: chlorophylle, matières grasses, amidon, albumine, etc., sous l'influence hygrométrique des extraits, altèrent les principes actifs, surtout dans les plantes qui doivent leurs propriétés à des alcaloïdes.

Déjà, en raison de leur complexité, et sans aucun doute de l'altération des principes actifs, on a reconnu l'efficacité inconstante des extraits de suc non dépuré, et on a supposé, avec raison, que c'était une erreur de croire que la chlorophylle et l'albumine végétale conservaient les principes actifs contenus dans les extraits. Il est vrai que dans les extraits de suc dépuré on enlève par la coagulation de l'albumine une partie des principes actifs; mais si le médicament est moins énergique, il a du reste l'avantage d'être de meilleure conservation, et par conséquent plus constant.

Extraits de belladone. — Les extraits qui ont le plus particulièrement fixé notre attention sont les extraits hydroalcooliques. Pour leur préparation, nous préférons les plantes fraîches, attendu que la plante en se desséchant a déjà subi une altération et qu'elle a perdu une partie de son arome, principe dont l'action est incontestable dans la belladone. En employant les plantes fraîches, on doit nécessairement prendre un alcool supérieur en degrés (90 centigrades), car la solution des principes essentiels est plus intime, et l'alcool, aidé de l'eau de végétation, s'unit plus facilement à la matière résinoïde qui renferme les principes actifs. En outre, l'alcool en élimine les matières amylacées, et les sels qui, par leur réaction chimique, sont une cause d'altération; mais si ces extraits ont gagné par l'absence de ces matières inertes, ils retiennent une plus grande

quantité de chlorophylle et de principes gras que renferme la matière verte des plantes, et qui peuvent altérer et diminuer l'action de cette préparation. En outre, ces principes hétérogènes empêchent d'en déterminer la valeur réelle.

Il n'est pas supposable qu'en enlevant la chlorophylle des extraits hydroalcooliques, on les prive d'une partie de leurs principes actifs, attendu que ceux-ci ne résident pas dans la chlorophylle proprement dite, mais dans la matière résinoïde brune qui accompagne cette dernière et dont on peut la séparer, soit par l'eau à 80 degrés, soit par l'acide acétique, soit par l'alcool à 15 degrés Cartier.

Afin d'enlever la chlorophylle et les principes gras de l'alcoolature de belladone, il suffit de retirer par distillation une quantité d'alcool telle que la chlorophylle, autrement dit la matière verte, n'étant plus soluble, se sépare par le refroidissement. Cette matière verte renferme, unie à la chlorophylle, la substance résinoïde brune qu'il est facile d'enlever par plusieurs lavages à l'alcool à 15 degrés Cartier; en jetant le tout sur le philtre on recueille la chlorophylle.

L'alcool, affaibli par cette première distillation, retient les principes gras que renferme la matière verte des plantes et qui peuvent communiquer aux extraits cette âcreté si caractéristique et si désagréable. C'est en filtrant sur le noir animal qu'on enlève ces principes gras et cette âcreté ; comme M. Dannecy l'a constaté dans le numéro du 15 mars 1859 du *Bulletin de Thérapeutique*, et nous, dans le numéro du 30 août suivant.

La préparation de ces extraits actifs nécessite beaucoup de soins. Leur inconstance a déjà fait préférer les alcaloïdes à beaucoup d'entre eux. Il nous paraît donc nécessaire de leur rendre leur valeur en les débarrassant de toutes les matières qui puissent faire supposer une altération quelconque, afin d'obtenir un médicament moins énergique que l'alcaloïde, mais d'une action sûre et plus constante.

Baumé, en donnant le procédé de Storck, pour la préparation des extraits de ciguë, avait étudié la chlorophylle et disait :

« La fécule extraite des sucs tirés des végétaux n'est point une substance terreuse et indifférente, c'est un composé d'une partie de plante brisée, d'un mucilage et de beaucoup de résine colorante. Personne, dit-il, ne s'est avisé de chercher une matière résineuse dans cette fécule, qui s'élève en écume pendant la clarification des sucs des plantes ; cependant elle en contient une grande quantité lorsqu'elle provient des sucs des plantes résineuses. »

Il est à remarquer que la belladone, l'aconit, la ciguë, la digitale, le datura, la jusquiame, le houx, etc., en un mot toutes les

plantes qui donnent naissance à des alcaloïdes cristallisables, ou non cristallisables, contiennent une plus ou moins grande quantité de cette matière résinoïde. Cette substance n'est pas une résine proprement dite, mais un composé de plusieurs principes qui donnent naissance à l'alcaloïde, si parfois ce n'est pas l'alcaloïde lui-même. En effet, par ses réactions chimiques, cette substance ressemble à l'alcaloïde, et exerce sur les animaux une action aussi toxique ; et dans les alcaloïdes cristallisables on rencontre des cristaux avec leur forme déterminée. Du reste, on comprend parfaitement que, renfermant l'alcaloïde, cette substance résineuse doit en avoir toutes les propriétés.

En présence de ces faits, nous supposons qu'en cherchant à éliminer cette matière résinoïde des extraits, on pouvait connaître la valeur réelle des extraits actifs. Dans ce but, nous avons essayé le chloroforme, d'après MM. Rabourdin et Gundermann, mais nous préférons l'éther sulfurique, qui simplifie les opérations et nous donne des résultats plus exacts.

On met dans une éprouvette :

Extrait de belladone....................	1 partie.
Eau distillée...........................	2 parties.

Après solution, on agite avec éther sulfurique Q. S, jusqu'à ce que celui-ci ne se colore plus, et, après une distillation des 2/3 de l'éther employé, on évapore le reste à une température de + 40 degrés à 50 degrés.

Afin d'éliminer toutes les matières étrangères aux principes actifs, on reprend par l'alcool à 96 degrés et on évapore à siccité.

En traitant cette substance par l'acide acétique faible, qui la dissout en toutes proportions, et saturant cette liqueur acétique par le sous-carbonate de potasse, en léger excès, on obtient un précipité qui, desséché sur du papier non collé, laisse apercevoir des cristaux d'atropine. En reprenant ce précipité par l'alcool à 96 degrés (40 Cartier), et après évaporation des 2/3 du volume, on ajoute au liquide restant un tiers d'eau distillée ; on porte à l'ébullition afin d'évaporer le peu d'alcool, et, après quelque temps de repos dans un endroit frais, on obtient l'atropine en cristaux blancs aiguillés.

Afin de pouvoir établir la différence entre les extraits évaporés au bain-marie et ceux évaporés dans le vide, nous avons essayé les plus usités et choisi ceux de M. Grandval, de Reims.

Voici les résultats obtenus avec 100 grammes d'extraits :

	Extraits dans le vide.	Valeur de 1 gramme.	Extraits au bain-marie.	Valeur de 1 gramme.
Extrait hydroalcoolique de feuilles fraîches de belladone privé de chlorophylle, etc.	0,88	0,0088	0,64	0,0064
Extrait de suc dépuré de belladone.	0,296	0,00296	0,26	0,0026
Extrait de belladone par l'eau......	0,428	0,00428	0,36	0,0036
Extrait de baies de belladone......	»	»	0,432	0,00432
Extrait de racines fraîches de belladone.	»	»	1,676	0,01676

Il résulte de ce tableau que l'extrait hydroalcoolique de feuilles fraîches de belladone, privé de chlorophylle et de matières inertes, contient une quantité d'alcaloïde telle, qu'on peut le considérer comme un médicament énergique, malgré l'emploi du noir animal pour éliminer les matières grasses. En outre, cette quantité d'alcaloïde prouve suffisamment que cet extrait n'a subi aucune altération pendant sa préparation, et l'absence des matières inertes permet d'en déterminer la valeur réelle. Par conséquent, cet extrait peut servir de base à la teinture alcoolique, attendu qu'il est soluble dans l'alcool à 25 degrés Cartier (67 degrés centigrades). Cette teinture a l'avantage d'un dosage exact, et se conserve mieux que l'alcoolature, dont on ne connaît pas la valeur réelle ; celle-ci, d'ailleurs, après quelque temps de préparation, s'altère en déposant sur les parois des flacons une certaine quantité de chlorophylle. En résumé, le rendement des plantes en extraits actifs varie selon les années, le mode de préparation, et le procédé d'obtention ; il est donc urgent d'employer un mode de préparation qui permette de se rendre un compte exact de la quantité réelle des substances actives employées.

Les extraits hydroalcooliques préparés avec les feuilles fraîches retiennent mieux tous les principes essentiels des plantes, et, en les privant de chlorophylle et de matières grasses, etc., on peut croire à un médicament identique, constant dans ses effets, par conséquent d'un dosage toujours exact, ce qui est difficile avec nos extraits narcotiques, qui sont d'autant plus actifs qu'ils sont préparés plus récemment.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Du danger des préparations ferrugineuses au début de la phthisie.

Nous sommes journellement consulté pour des jeunes filles ou pour des jeunes femmes chez lesquelles la menstruation, régulièrement établie depuis plusieurs mois ou depuis plusieurs années,

s'est tout à coup brusquement arrêtée. D'abord on s'en préoccupe peu, on croit à un retard; mais une époque, deux époques, trois époques se passent, et la période menstruelle fait toujours défaut; la femme tousse, sa coloration se perd, ses forces semblent l'abandonner, l'appétit est en partie, sinon complétement disparu. Pour la mère, pour les commères, et pour certains médecins habitués à juger promptement et légèrement, c'est une chlorose qui commence; la première préparation ferrugineuse venue fera de cette maladie prompte et bonne justice, et bientôt les roses reparaîtront sur ce visage décoloré; bientôt ces yeux cerclés de violet et éteints reprendront leur éclat; bientôt cet appétit perdu sera remplacé par un appétit vorace; bientôt cet allanguissement aura fait place à une vigueur magnifique; bientôt la petite toux aura cédé; bientôt enfin, la guérison sera définitive!... Et on conseille du *fer*.

Comment ne pas croire à ces fallacieuses promesses, lorsqu'on est mère, et qu'on voit sa fille, sa fille bien-aimée, sa fille unique peut-être, indifférente à tout ce qui l'environne, présenter cet air maladif qu'il est quelquefois bien difficile d'apprécier et de juger sainement? Comment ne pas croire un médecin qui vous affirme que cette charmante jeune fille n'a rien de grave, et que quelques pilules flanquées d'un excellent régime, d'un salutaire exercice, la rendront gaie et joufflue en quinze ou vingt jours. D'auscultation, il n'est pas le moins du monde question: à quoi bon ausculter pour une chlorose? Ne savons-nous pas *tous* qu'il se fait dans les gros vaisseaux un bruit que l'on a appelé *bruit de souffle, bruit de diable*, et on passe outre.

Le traitement est institué. La jeune malade prend du fer; elle n'a que l'embarras du choix; les préparations ferrugineuses sont nombreuses, et elle ingérera telle ou telle préparation, suivant les préférences que son médecin donnera à l'une d'elles. Pour celui-ci, il sera assuré avec les pilules de Blaud d'obtenir en quinze jours une notable amélioration. Celui-là aura confiance entière dans les pilules de Blancard. Un troisième conseillera les pastilles de lactate de fer; un quatrième croira trouver dans les dragées de Gille un remède souverain, efficace, etc., etc...

Nous venons de parler des dragées de Gille; certes, c'est un fort bon médicament dont nous nous servons très-souvent, et qui nous a maintes fois, dans certaines affections strumeuses, rendu de signalés services; mais depuis longtemps déjà on croit que l'*iodure de fer* jouit d'une incontestable efficacité dans le traitement de la phthisie, et nous voyons des hommes d'un mérite réel-

lement sérieux et incontestable, MM. Vigla, Maillot, Lepetit, Putégnat, Bader, etc., etc., vanter cette préparation, comme leur ayant donné des résultats remarquables. Nous ne ferons pas à ces honorables auteurs l'affront immérité et absurde de les accuser d'avoir commis des erreurs de diagnostic, c'est impossible; mais quelles guérisons ont-ils donc pu enregistrer? Comment s'y sont-ils donc pris? Nous avons vu essayer, tout autour de nous, des préparations ferrugineuses, notamment l'iodure de fer, au début de la phthisie, et nous n'avons vu que des résultats néfastes, nous n'avons vu que des phthisies accélérées par l'ingestion de ce médicament, et pas un seul exemple de guérison.

Qu'on ne croie pas que nous écrivons cet article parce que nous avons à notre disposition deux ou trois faits négatifs; nous l'écrivons, parce que nous avons recueilli plus de soixante observations qui témoignent hautement du danger immense qu'il y a à recourir à cette médication.

Dans un instant, nous citerons quelques-uns de ces faits, et les rapprochant de ceux d'un professeur éminent de la Faculté de médecine de Paris, ils seront peut-être de nature à faire une certaine impression sur quelques praticiens qui comptent beaucoup trop sur cette médication, que nous ne craignons pas de qualifier d'*incendiaire*.

Nous venons d'avancer que nous avions plus de soixante observations de phthisies traitées par les ferrugineux et toutes ayant eu une terminaison promptement mortelle. Il importe de dire comment nous avons pu nous procurer une masse aussi imposante de faits.

Dans les établissements religieux considérables (orphelinats, communautés, etc.), il existe toujours une pharmacie; une jeune fille vient-elle à présenter de la décoloration assez rapide, de l'alanguissement, de la faiblesse, de la perte d'appétit, de la nonchalance, une suppression des règles, etc., etc., on diagnostique de suite une chlorose; et, incontinent, on administre une préparation ferrugineuse; le médecin de l'établissement n'est presque jamais consulté pour *si peu de chose*, et la religieuse chargée du soin des malades a une assez grande expérience pour traiter une maladie qui ne résiste pas ordinairement au fer aidé d'un bon régime et d'un exercice salutaire.

On adopte donc cette médication qui fait merveille, car au bout de douze à quinze jours la jeune fille est méconnaissable, c'est une véritable métamorphose... Elle semble avoir recouvré la santé.

On suspend la préparation ferrugineuse, et les accidents ne tardent pas à reparaître. On a de nouveau recours à un moyen qui a produit tout d'abord un si merveilleux effet, et bientôt le même résultat heureux se produit. Mais il y a dans cette *pseudo-chlorose*, car il faut l'appeler ainsi avec M. le professeur Trousseau, un autre élément que celui qui existe dans la chlorose franche, l'état de pâleur, la faiblesse, la langueur, reparaissent dès que l'administration du fer est supprimée : ce n'est pas tout, bientôt un formidable symptôme, auquel on n'avait pas tout d'abord fait attention, éclate, la toux et souvent une hémoptysie ; alors, mais seulement alors, le médecin est consulté. Il est presque toujours trop tard et les malades succombent le plus habituellement, en un laps de temps variable, mais en général très-court. Nous avons pu, dans plusieurs établissements de bienfaisance, dans plusieurs maisons religieuses, observer un très-grand nombre de ces cas, et nous n'avons pas eu de peine, en présence des terribles désastres que nous avons tant de fois enregistrés, à faire comprendre aux personnes intelligentes placées à la tête de ces établissements combien était considérable la responsabilité qu'elles assumaient en prescrivant du fer, sans avoir fait examiner au préalable leurs jeunes malades. Elles se sont toutes rendues à l'évidence, et dans plusieurs maisons religieuses de la Touraine et du Blaisois nous avons fait apporter la plus grande circonspection dans l'emploi de ce remède, souvent si héroïque et parfois si dangereux.

On comprendra facilement maintenant comment nous avons pu constater tant de cas malheureux. Là cependant ne se bornent pas nos observations : nous avons vu maintes et maintes fois des jeunes filles pâles et *semblant chlorotiques*, être menées par leur mère chez des pharmaciens qui, ne soupçonnant pas qu'il pût y avoir là autre chose que des pâles couleurs, conseillaient et vendaient une préparation ferrugineuse. Le mieux, mais un mieux de quelques jours ne tardait pas à survenir. Le fer était-il interrompu, la pâleur reprenait le dessus ; on recourait de nouveau au médicament ; les accidents paraissaient encore céder ; puis, des symptômes d'une désolante gravité se produisaient, le médecin était enfin appelé ; il constatait les désordres qui existaient, et bientôt il avait acquis l'intime conviction qu'ils étaient au-dessus des ressources de notre art.

Voilà, très en abrégé, quelques observations que nous avons pu faire et qui démontreront très-catégoriquement le danger des préparations ferrugineuses chez les jeunes filles qui ont dans les poumons des semis tuberculeux.

Obs. I. A. D***, seize ans, couturière, d'une excellente constitution, n'ayant jamais été malade, parfaitement réglée depuis l'âge de douze ans, éprouva dans le courant du mois de novembre 1860, de la faiblesse, du malaise, de la perte d'appétit ; ses belles et fraîches couleurs se perdirent, ses yeux se cerclèrent de violet ; ses lèvres et ses gencives pâlirent, les règles se supprimèrent, et une petite toux sèche se manifesta. Sa mère, femme excellente mais peu intelligente, attribua ce dérangement à une cause que tous les médecins de province ont souvent entendu nommer, *au sang qui se portait à la poitrine*. Elle fit prendre de son chef à sa fille de l'eau ferrée ; les règles ne reparurent pas, la coloration sembla renaître ; mais la toux augmenta. Présumant que cet état de choses était entretenu par le peu d'activité de sa préparation ferrugineuse, elle alla chez un pharmacien qui lui donna un flacon de dragées roses à l'iodure ferreux de Gille. La jeune A*** prit les dragées sans en ressentir le moindre effet avantageux ; la toux persista, l'appétit ne reparut pas, la pâleur seule sembla diminuer : de règles il ne fut pas question. Elle prit successivement trois flacons de cette préparation sans résultat.

Le 3 mars 1861, nous la vîmes pour la première fois ; elle avait eu, à la suite d'une quinte de toux, une hémoptysie grave. Il y avait une caverne dans le poumon droit au niveau de la fosse sous-épineuse. Des craquements nombreux existaient au sommet du poumon gauche. Malgré l'huile de foie de morue, malgré les préparations arsenicales, malgré un régime très-succulent, cette jeune fille succomba le 17 mai de la même année.

Obs. II. Catherine R***, vingt-deux ans, domestique, est d'une excellente santé habituelle. Dans sa famille il n'y a jamais eu de phthisiques. Dans le courant du mois de février 1861, l'époque menstruelle manque pour la première fois ; cette jeune fille s'en inquiéta peu. Ses maîtres s'aperçurent cependant qu'elle était plus pâle et un peu moins active que d'habitude. Au mois de mars, les règles ne parurent pas non plus ; et comme sa pâleur augmentait, que cette jeune fille toussait, sa maîtresse la questionna et lui donna une boîte de pastilles au lactate de fer de Gélis et Conté. Cette médication ferrugineuse ramena un peu de coloration, un peu de vigueur, mais les règles ne se montrèrent pas ni en avril ni en mai ; la toux était très-fatigante, le sommeil mauvais, l'appétit à peu près nul. La jeune Catherine travaillait, mais avec infiniment de peine et d'angoisses. Un moment arriva cependant où elle fut obligée de s'aliter. On nous appela, et nous constatâmes une absence presque complète de respiration au sommet des deux poumons et du gargouillement au niveau de la fosse sous-épineuse gauche. Il y avait de la fièvre, des sueurs pendant la nuit, etc., etc.

Cette fille avait pris deux boîtes et demi de dragées de lactate de fer.

Rien ne put entraver cette phthisie. Catherine s'en alla dans son pays, à quelques kilomètres de Tours, et mourut au mois d'août de la même année.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces citations; nous nous contenterons de ces deux faits.

En les rapprochant des observations si remarquables publiées par M. le professeur Trousseau, elles acquerreront peut-être un certain degré d'importance, et pourront attirer davantage l'attention de quelques praticiens qui ne songent pas assez à quels dangers ils exposent leurs jeunes clientes en ne les soumettant pas à un sérieux examen, avant de leur prescrire cette médication.

Voici ce qui vient de nous arriver :

Il y a quelques jours, nous fûmes consulté par une dame qui nous montra sa fille, belle et ravissante jeune fille de dix-huit ans, grande, brune, élancée. Cette jeune personne, bien portante habituellement, s'enrhuma il y a deux mois et demi environ ; depuis lors elle pâlit, resta sans appétit, eut de la soif, les règles se supprimèrent, etc., etc. Dans la famille, il n'existait aucun antécédent fâcheux, du moins on nous l'assura. La mère nous demanda quelle préparation ferrugineuse elle devait donner à sa fille pour faire cesser cette *chlorose*. Nous répondîmes à cette mère un peu trop pressée de voir formuler une médication qui avait, sans aucun doute, toutes ses sympathies, que nous ne prescririons pas de fer sans avoir examiné attentivement la poitrine de sa fille ; que ce qu'elle prenait pour une chlorose pouvait parfaitement être la conséquence de la bronchite gagnée il y a quelques mois.

Nous eûmes de la peine à la faire consentir à un examen qui nous révéla des désordres au sommet du poumon droit, désordre dont nous pourrons peut-être triompher, mais que le fer eût certainement exaspérés, et qui, sous l'influence de cette médication, non pas seulement intempestive, mais tout à fait inopportune, fussent devenus en très-peu de temps au-dessus des ressources de l'art. Nous avons fait part de nos craintes à cette dame, et elle ne croit pas, nous en sommes sûr, un mot de ce que nous lui avons confié.

Que cette petite anecdote médicale puisse aussi être de quelque utilité à nos confrères, et nous nous en montrerons très-heureux.

M. le docteur Cotton vient de proposer [1] une nouvelle préparation ferrugineuse contre la phthisie, c'est le *vin ferré*. Sur vingt-cinq malades soumis à cette médication, treize eurent de l'amélioration ; trois n'en sentirent qu'un très-léger amendement, et neuf n'en éprouvèrent aucun effet avantageux. Ces malades prirent concomitamment de l'huile de foie de morue.

Eh bien, malgré les assertions du docteur anglais et malgré les observations rapportées par de très-honorables confrères français, MM. Vigla, Maillot, Le Petit, Putégnat, Bader, etc., nous n'en persistons pas moins à conclure de la manière suivante :

---

[1] Voir *Bull. gén. de Thérapeutique*, numéro de mars 1862, p. 233.

1° La pseudo-chlorose, qui est un des phénomènes précurseurs de la phthisie, chez un certain nombre de jeunes filles, ne disparaît pas complétement à l'aide des préparations ferrugineuses. Le mieux qui survient pendant l'administration du fer cesse dès qu'on suspend ce médicament.

2° La phthisie, cachée sous le voile de cette pseudo-chlorose, a toujours été, dans les cas par nous observés (et ils sont nombreux), affreusement accélérée dans sa marche par l'administration des ferrugineux.

3° Il est de notoriété que l'huile de foie de morue et certaines autres préparations peuvent enrayer la marche d'une phthisie commençante, tandis que le fer détermine des accidents qui nous ont toujours paru être au-dessus des ressources de l'art.

4° On n'administrera jamais de préparations ferrugineuses sans ausculter avec soin la poitrine, et sans s'être assuré qu'il n'y a pas de contre-indication formelle à leur emploi. Le fer, précipitant toujours la catastrophe, devra être repoussé toutes les fois qu'il s'agira d'une phthisie au début.

5° En suivant ces conseils, on guérira peut-être un plus grand nombre de phthisiques qu'on n'a fait jusqu'alors.

6° Aucune préparation ferrugineuse, de quelque nom qu'elle soit décorée, ne jouit de la moindre efficacité dans le traitement de la phthisie. Toutes nous ont paru également dangereuses et préjudiciables à la santé des malades. Dr Auguste MILLET,

Médecin de la colonie de Mettray.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de diagnostic médical, comprenant le diagnostic raisonné de chaque maladie, leurs signes, les méthodes d'exploration, et l'étude du diagnostic par organe et par région, par E.-J. WOILLEZ, médecin des hôpitaux de Paris, membre de la Société médicale d'observation et de celle des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur.

M. Woillez, dont le nom est déjà honorablement connu dans la littérature médicale, s'est proposé un but utile dans le nouveau livre qu'il publie aujourd'hui, c'est de venir au secours des médecins, des jeunes médecins surtout, dans l'institution du diagnostic. C'est une chose profondément triste que, dans l'état de l'éducation médicale, la nécessité se fasse sentir d'émietter ainsi la science, pour qu'elle devienne, aux mains du plus grand nombre, d'une applica-

tion réellement possible. L'auteur du *Dictionnaire de diagnostic médical*, quand il eut pris la résolution de publier un pareil ouvrage, a dû être bien convaincu de cette nécessité, avant de se jeter dans les labeurs d'une si pénible publication. Il est évident, en effet, que si un grand nombre de médecins, après une éducation classique complète, ne peuvent trouver dans les traités de pathologie générale ou spéciale, dans les monographies, les éléments qui leur sont nécessaires pour diagnostiquer les maladies, c'est qu'il y a dans l'enseignement officiel ou officieux et dans la science didactique écrite un vice radical auquel il faut se hâter de remédier, sous peine de voir la pratique commune errer à chaque pas. Mais en est-il réellement ainsi? Un des professeurs les plus illustres de la Faculté de médecine de Paris nous le disait un jour, avec un sentiment de profonde tristesse : Ce qui manque essentiellement aujourd'hui dans la pratique médicale, c'est le diagnostic ; mais il ajoutait avec justesse : La raison de cette regrettable défaillance dans la science appliquée, c'est que les jeunes médecins manquent de direction dans le choix des guides qui sont appelés à les initier aux applications de l'art. Cette science-là est écrite, souvent admirablement écrite, mais la plupart ne savent pas où elle est, et la cherchent où elle n'est pas; il n'est pas étonnant que souvent elle leur échappe, et qu'elle ne soit pour beaucoup que le fruit tardif d'une lente et périlleuse expérience.

Convaincu de la justesse de ces remarques, si jamais j'avais conçu la pensée d'un dictionnaire de diagnostic médical, je me serais fait un scrupule de faire précéder un tel livre du programme raisonné d'un bibliothèque médicale, qui l'eût rendu inutile. M. Woilez, qui a donné la mesure de sa vaste érudition dans l'ouvrage même qu'il publie, et qui ne manque ni de sens critique ni d'indépendance, nous dit-il, eût été parfaitement en mesure d'entreprendre et de conduire à bonne fin ce travail utile : je regrette, pour mon compte, qu'il ne l'ait pas fait, car c'eût été là comme le complément et en quelque sorte les pièces justificatives de son œuvre laborieuse. Ainsi séparé de la source où il a lui-même puisé pour composer sa compendieuse marquetterie alphabétique, son dictionnaire ressemble un peu à un dictionnaire des rimes, qui peut bien faire des versificateurs, mais ne fera jamais de poëtes.

Quoi qu'il en soit à cet égard, M. Woilez a vu la lacune de l'art, et il a tenté de la combler, et nous sommes convaincu qu'il y réussira en partie au moins.

On comprend qu'il nous est impossible d'analyser un ouvrage

de la nature de celui dont il s'agit en ce moment : le tenter, ce serait nous exposer aux aventures d'incohérences doctrinales dont l'auteur nous paraît prendre un peu trop bravement son parti. Quant à la méthode que suit M. Woilez dans son travail, elle est simple, nous l'indiquerons en quelques mots. Sous la rubrique d'éléments du diagnostic, l'auteur indique sommairement les phénomènes morbides par lesquels se traduit la maladie ; puis, sous la rubrique non moins significative d'inductions diagnostiques, il raisonne ces symptômes, si je puis ainsi dire, et en précise la signification, au point de vue de la nosologie et de la nosographie tout ensemble ; enfin l'article est en général complété par l'énoncé du pronostic probable. Nous ne nous vantons pas d'avoir lu tout cet immense volume : je ne sais si un tel livre, expression méthodique d'un savant chaos, est possible à quelque intelligence ; pour moi, je le dis humblement, je ne m'en sens point capable ; je doute même qu'une telle lecture profitât à qui la ferait ainsi d'emblée : chaque chose doit être lue à son heure, et la lecture n'en profitera qu'à cette condition. Mais, quoique je n'aie qu'effleuré l'ouvrage de M. Woilez, l'impression que m'a laissée cette lecture ne lui est pas moins favorable, et je ne doute pas que le *Dictionnaire du diagnostic médical* ne soit un guide utile à consulter, même par ceux qui savent ; à plus forte raison le jeune médecin y puisera-t-il à chaque page des enseignements précieux pour se diriger dans la pratique, qui souvent pour lui n'est, pendant un temps plus ou moins long, que le champ sans limites de l'imprévu.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Plaie de l'articulation du genou ; guérison sans ankylose. — Les hôpitaux de la province ne sont pas des mines moins riches que ceux de Paris, malheureusement, beaucoup des faits intéressants qui s'y produisent se perdent, faute d'être recueillis. Le cas suivant, que M. le professeur Sédillot vient de présenter à la Société de médecine de Strasbourg, mérite d'être mis tout spécialement en relief. Il a trait à une jeune Allemande, âgée de neuf ans, qui a recouvré l'usage complet de la jambe, après avoir été atteinte d'une plaie avec suppuration intra-synoviale de l'articulation du genou.

Les faits de ce genre, dit M. Sédillot, sont assez rares pour être particulièrement signalés, et ils sont opposés à la doctrine générale que les arthrites suppurées se terminent par ankylose ou entraînent

la nécessité de l'amputation ou d'une résection. Chez cette jeune fille, la fausse ankylose consécutive à la suppuration intra-articulaire a été combattue par le redressement successif du membre, la ténotomie, l'emploi des appareils inamovibles, et la guérison, après quatorze mois de soins, a été complète. L'enfant étend et ploie librement le genou, et se livre à tous les exercices de son âge avec la plus grande facilité.

Voici en quelques mots l'histoire curieuse et, à plusieurs points de vue, instructive de cette maladie : elle tomba, le 10 novembre 1860, de la fenêtre d'un rez-de-chaussée sur la voie publique, au moment du passage d'une lourde voiture ; le charretier repoussa rapidement l'enfant d'un coup de pied pour la mettre à l'abri des roues, et, par un fâcheux hasard, le genou sur lequel la chute avait eu lieu fut de nouveau violemment atteint.

Une hydarthrose aiguë fut le résultat de ces violences. Le médecin traitant ne trouva rien de mieux à faire, pour calmer les douleurs et combattre le gonflement qui était très-considérable, que d'ouvrir largement l'articulation, dans une étendue de deux travers de doigt environ, en dehors du ligament rotulien. Une grande quantité de synovie s'écoula, et à chaque pansement, répété deux fois par jour, la jointure était soigneusement vidée, par pression, du liquide qui s'y reformait. Au bout de peu de jours, la synovie était devenue purulente, et après deux mois de ce traitement, l'enfant avait perdu le sommeil et l'appétit, était réduite au marasme, avait des sueurs nocturnes, de la diarrhée colliquative, jetait des cris aigus au moindre attouchement et perdait par la plaie du genou une grande quantité de pus, mal lié et fétide. C'est alors que je fus consulté et que la petite malade, transportée à Strasbourg le 8 janvier 1861, me fut confiée.

Mon embarras fut grand et j'étais disposé à considérer l'amputation de la cuisse ou la résection du genou comme les seuls moyens de sauver la vie. Toutefois le jeune âge de la malade, qui était d'une bonne constitution, m'engagea à essayer quelque mode de traitement moins rigoureux, et je me demandai si ce ne serait pas le cas de recourir à des injections iodées ou à de larges incisions avec extension et immobilisation du membre pour obtenir une guérison par ankylose.

On a beaucoup parlé des injections iodées intra-synoviales dans les cas d'hydarthroses chroniques; si je n'ai jamais pratiqué ces opérations, j'en ai vu faire plusieurs; j'ai été consulté par un certain nombre de malades qui les avaient subies et je n'ai pas constaté

un seul succès. La plupart des malades ont succombé à des arthrites aiguës, à des abcès péri-articulaires, à des infiltrations diffuses de la cuisse ou à la suite d'accidents infectieux. Je n'ignore pas que des succès ont été publiés, je me borne à dire que je n'en ai pas encore été témoin et que je n'ai aucune confiance dans ce mode de traitement.

De larges incisions auraient sans doute permis l'écoulement du pus, la détersion du foyer au moyen d'injections répétées d'un liquide quelconque, mais c'était mettre tout son espoir dans une ankylose, lente à obtenir, d'une réussite douteuse, et affronter la possibilité ultérieure de la résection de la jointure ou de l'amputation de la cuisse.

Les complications ayant été le résultat d'une pratique chirurgicale vicieuse, on pouvait se demander si le simple retour à des indications plus rationnelles n'offrirait pas quelques chances favorables, et nous nous décidâmes à tenter d'abord l'immobilité du membre, le repos de la jointure et l'occlusion de la plaie. La jambe fut placée horizontalement sur des coussins, la plaie simplement pansée à plat avec un linge trempé dans du digestif et le genou enveloppé d'une couche épaisse de coton.

Dès le lendemain, l'enfant, délivrée des pressions horriblement douloureuses exercées si longtemps sur l'articulation pour en évacuer le pus, était plus tranquille; une certaine quantité de matière sanieuse s'était spontanément écoulée de la plaie que l'on pansa de la même manière ; je prescrivis un régime tonique.

Les jours suivants on enleva le linge légèrement agglutinatif, matin et soir, pour laisser échapper une certaine quantité de pus, mais sans exercer sur l'article aucune pression ; dès le huitième jour, la quantité du pus écoulé avait beaucoup diminué et ce liquide avait pris un caractère plus louable et présentait plus de consistance et moins d'odeur.

Les bords de la plaie commençaient à bourgeonner, l'appétit et le sommeil reparaissaient ; nous nous servîmes pour le pansement d'un simple linge trempé dans une épaisse solution d'extrait gommeux d'opium. La suppuration ne se fit plus jour alors que toutes les vingt-quatre heures, puis successivement d'intervalles en intervalles de plus en plus éloignés, et, au bout de trois semaines, la plaie était fermée ; mais la cicatrice pelliculaire se rompait de temps à autre, lorsque le pus distendait peu à peu la jointure, et une petite évacuation de liquide avait lieu et permettait une nouvelle cicatrisation.

On vit successivement le pus s'épaissir, puis être mêlé d'une certaine quantité de matière synoviale dont la proportion augmentait chaque fois, et, au bout de deux mois, la plaie se ferma définitivement. Pendant ce temps les forces s'étaient rétablies, toute douleur avait disparu et les mouvements seuls de la jointure les réveillaient.

A ce moment le membre était sauvé, mais une fausse ankylose s'était établie, et l'on pouvait craindre qu'il n'y eût quelques points de la jointure intimement unis.

Le retour de la synovie nous rassurait toutefois à cet égard, et dès que la disparition des douleurs le permit, nous imprimâmes quelques mouvements à l'articulation avec les plus grands ménagements.

Vers la fin du mois de juin, le genou ne renfermait plus de liquide et restait indolore, la cicatrice était déprimée et l'enfant marchait avec des béquilles sur la jambe saine.

Nous entreprîmes alors le traitement de l'ankylose, et le genou, dont le volume était encore considérable et dont l'inversion était augmentée, tandis que le pied semblait porté en dehors, fut successivement allongé pendant l'anesthésie chloroformique; un appareil garni d'une couche épaisse de coton et soutenu par des bandes et des attelles de carton amidonnées enveloppa tout le membre et opéra un commencement d'allongement, rendu permanent par une attelle de bois dont les deux extrémités appuyaient sur des coussins de balle d'avoine au niveau de l'ischion et du talon et qui était soutenue par des jets de bande passés autour de la cuisse et de la jambe. Une large lanière de caoutchouc vulcanisé, simplement fixée avec des épingles, embrassait la partie inférieure et antérieure de la cuisse, et l'attelle postérieure avait pour effet de maintenir l'allongement, en prévenant tout mouvement de flexion pendant les quarante-huit heures nécessaires à la solidification de l'appareil.

Ce bandage était changé toutes les trois semaines, l'enfant était chloroformée, et des efforts de plus en plus grands étaient exercés, dans le but d'augmenter l'extension du membre. Nous eûmes soin d ajouter pendant la dessiccation des appareils une seconde attelle de bois en dehors du genou, pour comprimer ce dernier de dedans en dehors au moyen d'une bande et arriver à rectifier plus exactement la direction du membre.

Ce traitement dura trois mois et fut complété par la section sous-cutanée du tendon du muscle biceps qui présentait une corde saillante et très-résistante. A partir de ce moment, le genou fut re-

dressé ; l'enfant oublia par moments ses béquilles et s'appuya sur la jambe malade ; on lui permit de se servir d'un béquillon. Vers la fin de l'année, l'appareil amidonné fut remplacé par une simple genouillère de flanelle ; la mobilité et la solidité de la jointure firent d'assez grands progrès pour que l'enfant renonçât spontanément à son béquillon et marchât avec facilité, en ne conservant qu'une très-légère gêne dans les mouvements de flexion, qui n'allaient pas encore au delà de l'angle droit.

Cet état s'améliora encore, et cette jeune fille, après avoir échappé à de si redoutables accidents, a recouvré aujourd'hui l'usage de son membre et jouit de la santé la plus florissante.

Nous n'attachons scientifiquement qu'un intérêt secondaire à la guérison de l'ankylose, dont nous obtenons des exemples journaliers dans des cas beaucoup plus graves, mais nous croyons que la réparation de la jointure par retour des conditions normales de la synoviale, après une suppuration aussi étendue et si prolongée, est un fait des plus curieux.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Affection vermineuse; *paralysie de la face et amaurose sympathique; bons effets des semences de citrouille.* Certains auteurs, en exagérant outre mesure l'influence pathogénétique de l'affection vermineuse, ont suscité une réaction en sens contraire qui a eu aussi ses excès. Mais tous les bons observateurs s'accordent actuellement à reconnaître que l'helminthiase peut donner lieu à divers accidents plus ou moins graves, entre autres à des accidents nerveux dits *sympathiques*, qui peuvent en imposer pour des maladies d'un tout autre ordre, et dont la possibilité, par conséquent, bien qu'ils ne soient pas très-communs, ne doit jamais être perdue de vue par les praticiens. Le cas suivant, que nous résumons rapidement, en est un exemple instructif qui, outre l'intérêt résultant du fait en lui-même, offre encore cela d'intéressant, qu'il est un nouveau témoignage de l'efficacité des semences de citrouille contre le ténia.

Il s'agit d'un domestique, homme de couleur, âgé de trente-neuf ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il fut pris subitement, sans cause appréciable, de douleurs dans l'œil droit et dans le côté correspondant de la face et de la tête; deux jours après, il s'aperçut qu'il avait une paralysie faciale du même côté; puis, bientôt la vue, dans l'œil droit, s'obscurcit, il lui semblait qu'un brouillard était étendu entre lui et les objets; cette espèce d'amblyopie alla croissant, et au bout de cinq ou six semaines la vision était totalement abolie de ce côté. Le côté gauche fut atteint à son tour d'accidents semblables, moins la paralysie de la face : douleur dans le globe oculaire et la région sus-orbitaire, affaiblissement graduel de la vision, et enfin amaurose. Au bout de quatre mois, à partir du début, il existait une cécité complète. Comme il y avait eu un chancre quatre ans auparavant, on crut que ces accidents étaient de nature syphilitique, et l'on institua un traitement par l'iodure de potassium ; cependant les choses restaient dans le même état, lorsque le malade vint à raconter que, de temps en temps, depuis trois ans, il rendait avec les matières fécales des morceaux blancs qui, à l'examen, furent reconnus pour des anneaux de ver solitaire. Administration de deux onces de semences de citrouille mondées de leur pellicule, et, huit heures après, d'une dose d'huile de ricin et de térébenthine ;

expulsion à la suite, d'un ténia solium de dix-neuf pieds de long. Deux ou trois jours après, commencement de restauration de la vision dans l'œil droit, laquelle était à peu près complète au bout d'une semaine. Quinze jours plus tard, l'œil gauche commença à son tour à récupérer ses fonctions, de telle sorte qu'au bout d'un mois l'amaurose avait disparu. La douleur avait cessé également, il ne restait qu'un certain degré de paralysie de la face, qui prit fin un peu plus tard. Le malade, revu deux ans et demi après, ne présentait plus rien de ces divers symptômes. (*Amer. med. Times*, et *Dublin, med. Press*, mai 1862.)

Cathétérisme *des trompes d'Eustache* (*Difficultés et accidents du*). Le cathétérisme des trompes d'Eustache, cette opération si bénigne en apparence, se présente souvent entourée de difficultés nombreuses; elle peut aussi donner lieu à des accidents d'une extrême gravité. Déjà, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, M. le docteur Triquet a appelé l'attention des médecins sur un des accidents les plus imprévus et les plus menaçants, l'emphysème pharyngo-laryngien; dans un travail récent, M. Triquet signale en ces termes les principales difficultés de cette opération et les accidents auxquels elle peut donner lieu.

Il est des difficultés inhérentes au malade, telles qu'une pusillanimité extrême, l'indocilité chez les enfants, qui peuvent être poussées au point de nécessiter l'emploi du chloroforme. L'étroitesse excessive de la fosse nasale exige quelquefois le choix d'une sonde de petit calibre et de petite courbure, que l'on doit chercher, dans ce cas, à faire pénétrer doucement sous le cornet inférieur, le bec regardant la paroi externe du méat. Dans quelques cas, cette étroitesse est telle que la sonde, en arrivant vers la partie moyenne de la fosse nasale, se trouve arrêtée court, et y reste comme enclavée entre la cloison et le cornet, ou entre le cornet et l'os maxillaire supérieur. Il faut alors suspendre la manœuvre, s'assurer par l'examen de l'anneau placé sous le pavillon de la sonde que son bec est dans une bonne direction; et, si le bec ne peut plus avancer, retirer la sonde, et, après quelques instants de repos accordés au patient, recommencer la manœuvre, en ayant le plus grand soin de ne pas s'écarter du méat inférieur.

Indépendamment de ces difficultés communes au malade et au chirurgien, il en est qui dépendent absolument de la configuration du méat inférieur. Ainsi cette étroitesse exagérée du méat peut être causée par un gonflement inflammatoire chronique de la membrane muqueuse; par des polypes ou végétations charnues; par une hypertrophie du cornet inférieur ou un vice de conformation consistant en un allongement plus ou moins considérable de ce cornet, ou une mauvaise direction dans sa courbure; par une déviation de la cloison des fosses nasales; par une exostose de la branche montante du maxillaire supérieur ou du cornet inférieur; tout autant d'obstacles que le chirurgien doit chercher à combattre pour rendre le cathétérisme possible.

Les accidents auxquels peut donner lieu le cathétérisme de la trompe d'Eustache sont locaux ou généraux.

Les accidents locaux sont: 1° la déchirure de la valvule inférieure du canal nasal, accident de médiocre importance et qui ne provoque qu'un peu de douleur et l'écoulement d'une ou deux gouttes de sang; 2° une sensibilité extraordinaire de la pituitaire qui peut rendre le contact de la sonde tellement douloureux, qu'elle arrache des cris aux malades; 3° l'épiphora; chez les enfants lymphatiques, chez les femmes nerveuses et même chez les hommes impressionnables, à peine le cathéter a-t-il touché la membrane muqueuse, qu'on voit la conjonctive du même côté s'injecter rapidement, l'œil devenir humide et se convulser en haut, en même temps que des flots de larmes brûlantes s'écoulent le long de la joue correspondante; cette circonstance doit rendre très-réservé dans l'emploi du cathétérisme chez les personnes sujettes aux maux d'yeux, chez les enfants et les jeunes gens; 4° l'épistaxis : soit que la membrane de Schneider ait été éraillée par le bec de la sonde, ou même qu'elle ait subi une véritable déchirure, on voit assez souvent quelques gouttelettes de sang s'écouler pendant que la sonde parcourt la fosse nasale. Chez les sujets dont la membrane, à la suite de coryzas répétés est restée rouge, gonflée, comme hérissée de papilles pleines de sang, le simple contact de l'instrument peut faire naître une véritable épistaxis; l'aspiration d'un peu d'eau froide permet toujours de l'arrêter

promptement; 5° une toux nerveuse peut aussi troubler l'opération, mais elle est sans gravité, et il suffit d'attendre; 6° à la suite des pharyngites chroniques simples ou granuleuses, d'esquinancies répétées, les amygdales, étant restées hypertrophiées, il n'est pas rare de rencontrer une contraction spasmodique du pavillon de la trompe, au moment où la sonde se présente pour en franchir l'orifice. Chez les sujets nerveux, aussitôt que la sonde touche la pituitaire, le voile du palais se convulse en haut. Or, pendant ces contractions violentes, quelle qu'en soit la cause, les muscles péri-staphylins, prenant leur point d'appui vers l'embouchure de la trompe, en effacent complétement l'orifice, à ce point que l'instrument ne saurait le franchir sans effort. Si cette contraction spasmodique survient seulement au moment où la sonde pénètre dans la trompe, à l'instant le bec est expulsé du conduit et tombe dans le pharynx : la manœuvre est à recommencer; 7° emphysème : si pour engager la sonde, malgré les contractions des muscles, le chirurgien emploie un peu de résistance, le bec de la sonde va déchirer la muqueuse, et un emphysème va se produire dans les mouvements de déglutition ou à la première insufflation; si le malade fait un brusque mouvement de déglutition, ou si l'on veut insuffler une petite quantité d'air pour explorer la trompe, à l'instant le malade est renversé sur le siége comme s'il avait été touché par la foudre; il porte la main à son cou comme pour indiquer le siége du mal qui le suffoque; l'œil est hagard, la face violette, la bouche béante, la voix éteinte. Si, à l'aide du doigt rapidement porté dans la bouche, on abaisse fortement la langue, on aperçoit un emphysème considérable qui soulève toute la muqueuse du pharynx et même a envahi le larynx, et plus spécialement les replis arythéno-épiglottiques; il n'y a dès lors qu'à déchirer avec l'ongle du doigt qui tient la langue abaissée une des bosselures emphysémateuses, l'air s'échappe en sifflant et le malade est guéri.

Les accidents généraux sont les frissons, la fièvre, la névralgie faciale, une céphalalgie persistante, une aggravation de la surdité. L'interruption du traitement suffit le plus ordinairement pour faire cesser ces accidents. (*Gaz. des hôpit.*, mai 1862.)

Dents (*Traitement des*), *quand le nerf est à nu par suite de la carie.* Voici le moyen que préconise l'*American journal of dental science* pour remédier aux conséquences de la carie dentaire, quand le nerf a été mis à nu. L'idée de ce moyen est fondée sur cette observation, que si l'on parvient à retarder la marche destructrice de la carie, la pulpe met ce temps à profit pour conjurer le danger qui la menace en produisant une seconde évolution de dentine. On commence par enlever de la carie, autant que faire se peut, sans léser le nerf, et on cherche à enrayer les progrès de la carie au moyen de solutions chlorurées La cavité, ayant été ainsi préparée, on la sèche et la bouche provisoirement pendant un temps qui varie de deux à six mois, selon l'activité apparente de la maladie. Le mastic est enlevé, la cavité est vidée, on la nettoie, et, si elle est saine, les applications sont renouvelées et le bouchon remis en place. Ce procédé est renouvelé jusqu'à ce que la carie ait perdu son caractère d'activité. La cavité se trouve alors tapissée d'un fond solide de dentine de nouvelle formation. On y pratique une excavation et on y fait un plombage permanent à l'or. La dent a ainsi récupéré sa santé parfaite et sa durée, comme si le nerf n'avait jamais été atteint. Pour l'obturation provisoire, la meilleure substance est la gutta-percha, à laquelle on ajoute de la poudre fine de spath ou de silex, pour empêcher son élasticité quand elle est échauffée.

Erysipèle (*Nouvelles considérations sur l'*) *et son traitement.* M. le docteur Després vient de présenter à l'Institut un très-important travail, dont nous donnons une analyse succincte.

L'érysipèle, dit l'auteur, doit être considéré comme une lésion siégeant exclusivement dans le réseau capillaire lymphatique superficiel. Il procède dans son évolution comme le phlegmon diffus et le phlegmon circonscrit, à moins de complications...

Les érysipèles spontanés et les érysipèles traumatiques doivent être envisagés ensemble, parce que leurs manifestations essentielles sont identiques, parce que les érysipèles spontanés se développant, dans la presque totalité des cas, sur la face, on ne peut expliquer cette prédilection de l'érysipèle pour une partie découverte que par un traumatisme ou une irritation

locale, saisissable dans un bon nombre d'observations.

Il résulte d'un résumé de plus de cent quarante faits, recueillis en 1861 à l'hôpital de la Charité, et non choisis, que sur soixante-huit érysipèles dits spontanés, tous nés au dehors, soixante occupaient la face; que sur soixante-deux érysipèles traumatiques, dont quinze étaient nés au dehors de l'hôpital, dix érysipèles sont survenus autour de plaies sur lesquelles la réunion immédiate avait été tentée; que vingt-deux fois il est évident que l'érysipèle est parti d'une plaie non pansée, et que, même dans le cas où il y avait deux plaies à la fois, c'est autour de la plaie qui n'avait pas été pansée que l'érysipèle s'est produit. Dans les autres observations on peut voir que les malades ont pu être plus facilement atteints d'érysipèles, les uns à cause d'imprudences et écarts de régime, les autres en vertu de mauvaises conditions individuelles, comme affaiblissement, maladies inflammatoires chroniques, mauvais état moral...

L'érysipèle n'est pas manifestement soumis aux influences épidémiques et nosocomiales autres que celles invoquées et constatées dans toutes les autres maladies inflammatoires. Les faits ne légitiment point ces assertions émises au sujet d'un miasme ou d'un virus devenant un élément contagieux dans l'érysipèle...

..... Du moment où la majorité des individus échappe à l'érysipèle, il faut, au point de vue du traitement, mettre tous les individus soumis à une influence épidémique supposée, dans les conditions de ceux qui sont journellement épargnés. Pour cela, la considération de nos observations nous apprend qu'il faut avant tout scrupuleusement surveiller les plaies, et c'est là une recommandation qui s'adresse aux malades, aux personnes chargées d'un premier pansement, bien plus encore qu'au chirurgien. En même temps les conditions hygiéniques individuelles, faciles à déterminer, doivent être une préoccupation du traitement beaucoup plus grande que ces conditions hygiéniques collectives peu connues, auxquelles on a donné le nom de *constitution médicale*.

Il paraît clair que la réunion par première intention, dont M. Velpeau a déjà signalé les dangers, ne doit être mise en usage que dans les cas exceptionnels.

Il n'y a pas pour l'érysipèle de topique spécifique, et les médications générales ne s'adressent guère qu'aux complications de l'érysipèle. L'expérience des siècles suffirait à elle seule pour autoriser cette conclusion.

Hydrocèle *guérie par le frottement des parois internes de la tunique vaginale.* Le *British Medical journal* rapporte qu'un homme de quarante ans, portant une hydrocèle depuis huit ans, pour laquelle il réclamait quatre ou cinq fois par an la ponction à l'hôpital, se présenta le 26 avril 1861 à M. Younk, chirurgien à St-Mary's hospital, pour la subir de nouveau. Après avoir évacué le liquide, des injections ayant été pratiquées deux fois précédemment sans résultat, il saisit le testicule entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, et avec la droite frotta doucement les faces opposées de la tunique vaginale, pendant deux à trois minutes. Deux jours après, le scrotum était enflammé, le testicule tuméfié et douloureux, ce qui disparut rapidement par les moyens ordinaires, en laissant à peu près le quart du liquide ordinaire qui depuis un an n'a pas augmenté.

Depuis longtemps M. Guersant traite ainsi les hydrocèles chez les enfants; il produit un traumatisme de la tunique vaginale, en y promenant rudement l'extrémité de la canule qui a servi à vider la tumeur. Il a réussi souvent par ce moyen simple à obtenir la guérison radicale de l'hydrocèle; mais il ne faudrait pas toutefois compter sur un succès constant. (*Press. med. belge,* mai 1862.)

Phthisie (*Influence de l'alcoolisme sur la production de la*) *et des troubles menstruels. — Phthisie galopante des buveurs. — Emploi de la teinture de digitale à haute dose contre l'alcoolisme chronique.* Dans une courte note très-intéressante du *Scalpel*, M. le docteur Kraus, de Liége, signale l'existence d'une forme particulière de phthisie, qu'il appelle *phthisie galopante des buveurs*, apparaissant, dit-il, à la période moyenne de la vie (40 ans) chez les ivrognes. La marche de cette forme de la phthisie est rapide. On perçoit des râles disséminés, rares, puis humides et étendus; l'entrée de l'air éprouve comme des interruptions subites; bientôt la fièvre s'allume, le sommeil se perd, la toux devient de plus en plus fatigante, avec expectoration muqueuse, puis purulente. Les craquements, le gargouillement, le souffle amphorique, la pec-

toriloquie se succèdent; la dyspnée augmente avec frissons, puis des sueurs abondantes, et la mort arrive ordinairement avant un amaigrissement prononcé. M. Krans dit avoir observé deux faits de cette nature : le premier chez une espèce d'hercule employé aux déménagements, qui succomba en un mois; l'autre chez un sellier, qui resta un peu plus longtemps.

M. le docteur A. Launay, du Havre, à l'occasion de cette note, a communiqué à l'*Union médicale* les résultats de ses propres observations sur ce sujet, qui nous ont également paru mériter de trouver place ici :

« D'assez nombreuses observations, dit M. Launay, me portent à croire que dans nos contrées, du moins, cette limite d'âge n'existe pas. Dernièrement encore je viens de voir cette affection emporter en quelques semaines deux individus, l'un de vingt-sept ans, d'une constitution athlétique, l'autre de vingt-deux ans, d'une force au-dessus de la moyenne; tous deux nés de parents vigoureux encore vivants, ayant des frères et sœurs en bonne santé. D'un autre côté, j'ai observé assez fréquemment la phthisie avec tout son cortége chez des buveurs, mais avec une marche moins rapide que celle signalée plus haut; la maladie parcourait ses phases dans un espace de temps plus ou moins long, suivant que l'individu continuait ses excès ou les avait cessés à une période plus ou moins avancée. Les accidents du côté du larynx accompagnent presque sans exception les accidents pulmonaires. Tout porte à croire qu'au début cette affection peut s'arrêter dans sa marche, si le malade revient à la sobriété, s'il se soumet aux règles de l'hygiène et à un traitement convenable. On voit, d'après ce qui précède, que les excès alcooliques peuvent causer le développement de la phthisie à marche lente, aussi bien que celui de la phthisie galopante.

M. Launay fait remarquer que Magnus Huss, dans son livre sur l'alcoolisme, n'a pas signalé les troubles de la menstruation qui surviennent à la suite de ces excès. Chez les femmes qui se livrent aux excès alcooliques, dit-il, le flux menstruel revient à des époques indéterminées, plus rapprochées qu'à l'état normal, toutes les trois semaines, tous les quinze jours, parfois sous forme de pertes inquiétantes.

Sous le rapport thérapeutique, M. Launay, après avoir employé tout l'arsenal des Suédois et des Anglais, a trouvé que le médicament le plus puissant et le plus fidèle était la teinture de digitale. Il a été conduit par analogie à l'emploi de cette préparation. Le docteur Jones, de Jersey, disait avoir guéri plus de 60 cas de *delirium tremens* avec la teinture de digitale seule, mais employée à des doses énormes et vraiment effrayantes (il donnait 15 grammes de cette teinture en une seule dose; quatre heures après il administrait la même quantité, et si, au bout de six heures, le sommeil ne survenait pas, il en donnait encore 8 grammes et quelquefois plus). M. Launay, malgré l'autorité de ce médecin, n'a jamais osé porter ce médicament aussi loin. Il n'a jamais dépassé 10 grammes en une seule dose; il administre ordinairement suivant l'intensité des accidents nerveux, 6 à 10 grammes de teinture de digitale dans 120 grammes de véhicule, à prendre en quatre à six fois, à quatre heures d'intervalle. Il a observé une tolérance parfaite du médicament donné de cette manière chez les individus atteints d'alcoolisme chronique. La teinture de digitale calme les accidents nerveux, crampes, fourmillements, etc.; elle provoque la sueur, amène un sommeil calme, et cela sans un ralentissement très-remarquable de la circulation, sans augmentation notable des urines. Le pouls, chez les alcooliques, le plus souvent petit et très-fréquent, donne de 100 à 115 et même 120 pulsations ; sous l'influence de la teinture de digitale aux doses indiquées, il tombe à 85, 90, 95 pulsations. Comme antihémorrhagique, la teinture de digitale à haute dose agit d'une manière remarquable dans l'hémoptysie et dans les désordres menstruels signalés plus haut. (*Un. méd.*, mai 1862.)

Résection du genou (*Résultat définitif d'une*). Ce n'est que bien rarement que l'occasion se présente de s'assurer des résultats des résections articulaires plusieurs années après l'opération, et c'est cependant sans contredit un des éléments les plus indispensables pour juger leur valeur comme méthode opératoire. Les faits dans lesquels cette constatation a été possible méritent donc d'être recueillis avec beaucoup de soin, et on verra que celui que rapporte M. le docteur Henry Smith n'est pas un des moins intéressants à conserver.

Six années s'étaient écoulées depuis

que la résection du genou avait été pratiquée. L'opéré était, à cette époque, âgé de sept ans, et le fragment osseux enlevé avait 1 pouce 3/4 d'épaisseur. Voici quel était l'état de l'extrémité, lorsque ce jeune sujet cessa de recevoir les soins de M. Smith (28 avril 1855) : Le raccourcissement était de 2 pouces 1/4 ; les surfaces osseuses étaient intimement réunies l'une à l'autre par un tissu fibreux très-dense, qui leur permettait cependant quelques légers mouvements. L'enfant marchait et courait très-bien avec une chaussure à semelle suffisamment épaisse pour remédier au raccourcissement. Voici maintenant ce que M. Smith constata en décembre 1860 : Le tibia est soudé au fémur par une ankylose osseuse très-solide ; la jambe est plus courte de 4 pouces que celle du côté opposé ; il y a, en outre, un raccourcissement de 1 pouce dû à la portion de la jambe, qui ne peut être mise dans l'extension complète. De plus, l'extrémité inférieure fait une saillie manifeste en avant ; le tibia a été visiblement déplacé en arrière, en même temps que fléchi légèrement par les muscles du jarret. Le raccourcissement relatif est, comme on le voit, plus considérable de 2 pouces et demi qu'en 1855. Malgré l'emploi d'un appareil prothétique extrêmement grossier et gênant, le jeune homme fait les courses les plus considérables sans se fatiguer ; la santé générale est d'ailleurs excellente.

Ce fait prouve donc une fois de plus que la résection du genou, lorsqu'elle est faite dans l'enfance, est suivie d'un développement incomplet de la jambe, et que, dans ces conditions, elle donne par conséquent incontestablement des résultats moins brillants que chez l'adulte. Cet inconvénient peut toutefois être corrigé dans une grande mesure par l'emploi de moyens prothétiques convenables. Quant au déplacement du tibia, il n'est pas très-difficile de le prévenir.

En somme, malgré l'inconvénient qui vient d'être signalé, il n'y a pas de raison pour proscrire la résection du genou chez les jeunes sujets, les résultats que donne cette opération étant incontestablement supérieurs à ceux de l'amputation de la cuisse. (*Med. Tim. and Gaz.*, et *Gaz. méd. de Paris*, mai 1862.)

Tétanos *traité avec succès par l'alcool à haute dose.* Parmi les effets que détermine l'ivresse alcoolique figurent l'analgésie, l'affaiblissement musculaire pouvant aller jusqu'à la résolution, c'est-à-dire jusqu'à une abolition complète de la motilité. On a eu l'idée, chez nos voisins d'outre-Manche, d'essayer si ces propriétés ne pourraient pas être utilisées dans le traitement du tétanos, et on l'a essayé avec succès. Sans recommander d'imiter cet exemple, nous croyons devoir faire connaître succinctement les faits, ne fût-ce qu'à titre de renseignement. On remarquera d'ailleurs que les phénomènes physiologiques qui ont conduit à cette expérience thérapeutique rentrent dans le même ordre que ceux qui résultent de l'emploi des substances dites anesthésiques, tels que l'éther et surtout le chloroforme, déjà plusieurs fois mis à contribution, et avec avantage pour le traitement de la même affection.

Le 5 juillet 1861, J. Powell, âgé de neuf ans, entra à l'hôpital pour une plaie contuse de la jambe gauche avec arrachement d'une partie des téguments dans une étendue de douze pouces, laissant à découvert les tendons fléchisseurs à leur passage derrière la malléole. Le petit blessé alla bien d'abord jusqu'au dixième jour, que se manifestèrent les premiers symptômes du tétanos. Malgré un traitement rationnel, l'affection convulsive fit des progrès, et bientôt le tétanos fut général et la situation extrêmement grave. Le docteur W. Hutchinson se détermina alors, voyant le cas désespéré, à recourir à un moyen qu'il avait déjà employé avec succès longtemps auparavant.

C'était, dit-il, en 1817, à Steevens'-Hospital, chez un sujet atteint d'un tétanos idioaphatique, extrêmement grave aussi, comme dans le cas actuel. A la demande des docteurs Collis et Wilmot, qui voyaient comme lui l'inefficacité de tous les remèdes employés, il avait administré au malade du punch étendu de moitié d'eau, et après sept ou huit verrées les spasmes avaient commencé à diminuer d'intensité ; ayant ensuite tenu le malade sous l'influence de l'alcool d'une manière continue (*drunk*, ivre), il avait vu avec ses confrères tous les symptômes de la maladie céder et disparaître dans l'espace de trois ou quatre jours.

S'étant souvenu de ce fait dans le cas présent, M. Hutchinson résolut donc de tenter le même moyen. D'abord on eut quelque peine à faire prendre la boisson alcoolique à l'enfant ; mais

on y parvint enfin et le petit malade la prit ensuite très-volontiers. La fréquence et l'intensité des spasmes commencèrent sensiblement, quoique d'une manière lente, à diminuer après le second jour ; au bout de quatorze jours tout symptôme tétanique avait complétement disparu. La plaie guérit ensuite parfaitement bien. (*Dublin med. Press*, mars 1862.)

VARIÉTÉS.

Documents nouveaux concernant les suites de quatre amputations coxo-fémorales pratiquées à l'hôpital Saint-Mandrier et sur les moyens de prothèse employés chez ces mutilés, par le Dr Arlaud, second chirurgien en chef de la marine, professeur de médecine opératoire à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

J'ai lu avec un intérêt tout particulier les faits que vous venez de remettre en lumière, dans votre journal, concernant les appareils destinés aux amputés qui ont subi la désarticulation de la cuisse.

Vous me demandez des renseignements sur cette grave mutilation, sur ses conséquences et particulièrement sur les moyens de prothèse que j'ai vu employer ou que j'ai employés moi-même sur les malades opérés dans les hôpitaux de la marine ; je puis vous fournir ces documents avec la certitude et l'autorité que me donne un séjour de sept mois à l'hôpital Saint-Mandrier, pendant la période dite *de la guerre d'Italie*.

L'extrait cité page 224 du *Bulletin de Thérapeutique* conduirait à établir que votre correspondant a pratiqué quatre amputations coxo-fémorales ; que ces quatre amputés se sont bien trouvés de l'emploi de l'appareil Foullioy ; qu'ils continuent à marcher avec facilité ; qu'aucun d'eux n'a éprouvé de ces douleurs du moignon produites par la pression des nerfs sur le plateau de la sellette ; que, du reste, il est toujours utile dans les amputations de réséquer les nerfs au-dessus des surfaces de pression.

Certes, de pareils résultats sont de nature à encourager grandement les chirurgiens non encore édifiés sur la valeur réelle et les conséquences de cette grande mutilation. Mais voici ce qui doit tempérer un peu cet enthousiasme :

1. Il est juste de reconnaître tout d'abord et de rappeler que sur ces quatre amputés, celui qui a offert la plus rapide guérison, le plus complet résultat (puisqu'il a pu être observé pendant un temps suffisant, muni de l'appareil de prothèse), a été opéré par moi ; que seul il a subi l'excision du nerf sciatique à son émergence de la grande échancrure du bassin, *et bien intentionnellement*, pour me conformer au précepte que j'avais formulé et publié à l'occasion d'un amputé tibio-tarsien, qui est employé depuis trois ans comme infirmier dans mon service des blessés [1] ;

2. Que tous les opérés se soient bien trouvés de l'usage de l'appareil Foullioy, l'assertion est trop radicale et contestable à cause des considérations suivantes :

Le premier opéré (Lelosteck) n'a jamais été muni que d'un appareil en bois différant beaucoup de celui figuré dans le livre de Ferdinand Martin (pl. 1, n° 23. — Essai sur les appareils prothétiques, Paris, 1850, Baillière.) En effet, cet appareil n'avait de celui de Foullioy que la cuirasse fémorale et le grand

[1] Voir *Gazette des hôpitaux*, numéro 71, juin 1861.—*Drainage préventif.*



corset lacé ; Lelosteck s'en servait avec répugnance, parce que l'articulation artificielle coxo-fémorale se faisait à 6 centimètres au-dessous de l'ischion sain. La station assise était donc à peu près impossible. Que l'opéré ait marché très-convenablement, je suis le premier à l'avoir constaté et à le certifier; mais a-t-il marché pendant plusieurs heures? A-t-il souffert ultérieurement quand les cordons nerveux auront eu le temps de passer par toutes les phases de leur transformation cicatricielle en noyaux gangliformes? C'est ce que nul ne pourrait dire...

Le deuxième opéré (Vittarel) a guéri tardivement, a attendu son appareil longtemps, a quitté Saint-Mandrier quelques jours après en avoir été muni ; il me paraît difficile de savoir s'il a marché et s'il marche avec facilité. De quel appareil avait-il donc été pourvu? Voilà ce qu'il importe de savoir pour rendre à chaque opérateur la juste part qui lui appartient.

Vittarel a été pourvu de l'appareil dont vous allez lire la description, appareil qui était très-exactement construit sur le modèle de mon opéré Legalleau.

Ce troisième opéré Legalleau, âgé de vingt-cinq ans, né à Moulin (Morbihan), fusilier au 84e de ligne, blessé à la fameuse bataille de Montebello, a été opéré par moi le 7 décembre 1859 ; il était guéri, mais bien radicalement guéri, sans plaies, sans fistules, le 28 janvier 1860, cinquante jours après la désarticulation coxo-fémorale.

L'appareil que j'ai appliqué à cet opéré diffère assez notablement de celui de Foullioy, pour que, en définitive, nous puissions nous attribuer quelque mérite à l'avoir modifié. Je vous en envoie le dessin. Il sera facile de constater les différences suivantes :

1o Le grand gilet à nombreux œillets emboîtant tout le tronc ; ce gilet si gênant, si long à revêtir, si insupportable l'été, est supprimé ;

2o Une ceinture de 15 centimètres de hauteur, A, fermant en avant par deux ou trois *bouclettes*, munie de deux bretelles sus-scapulaires, B, de deux courroles obliques inférieures C, remplace ce gilet très-avantageusement.

3° La coque ou cuirasse pelvienne D a été fabriquée sur un moule en plâtre représentant très-exactement la forme extérieure du moignon qu'elle doit emboîter ;

4° Cette cuirasse, convenablement rembourrée, est tenue rigide à l'aide d'une armature de fer formant en E et en F un Y renversé. Les branches de cet Y, les plus éloignées de la ligne axiale du membre, servent de support à l'articulation artificielle coxo-fémorale. Ce point d'articulation, qui est de niveau avec l'articulation saine, permet la flexion facile de la section fémorale sur le bassin ; il n'y a de différence de hauteur, entre le côté sain et le côté opéré, que la légère épaisseur du cuir au point appelé *ischial*. La station assise se fait avec la plus grande facilité.

5° De plus, la courbe correspondante à la ligne inter-fessière est calculée de manière à ce que la défécation soit possible, sans que l'opéré soit obligé de quitter l'appareil.

6° Le membre artificiel pèse 250 grammes de moins que celui de Foullioy, 500 grammes de moins que celui appliqué à Lelosteck (le premier opéré), par conséquent, il a pu être réalisé une différence de 750 grammes sur le poids des deux appareils précités.

3. Mon opéré a été vu à Saint-Mandrier et à Toulon, marchant très-bien sans doute, mais *fauchant* notablement, et ne permettant pas à des yeux suffisamment exercés de se méprendre sur le genre d'opération qu'il avait subie.

Il n'avait jamais souffert pendant un long séjour à l'hôpital, après avoir été muni du membre artificiel qui avait été construit sous ma seule direction, par M. Aubert, bandagiste à Toulon. (Je rappelle que le nerf sciatique avait été sectionné à 1 centimètre au-dessous de son point d'émergence du bassin.) L'observation de cet opéré sera publiée ultérieurement avec les détails complets et intéressants à plusieurs titres, qui s'y rattachent.

4. Nous arrivons enfin au quatrième opéré, à Dubois, matelot qui a été amputé à la suite d'une tumeur blanche du genou. Vous avez vu tout récemment à Toulon ce marin muni de *mon appareil*. Marche-t-il aisément, sans douleur, si merveilleusement, qu'on se douterait à peine qu'il a subi une grande désarticulation ? Est-il radicalement guéri ? Non, il est encore porteur de quelques fistules. Je sais pertinemment que la guérison a été entravée pendant plus d'un an par des abcès consécutifs, et que ce n'est que depuis peu de temps que ce blessé s'exerce à marcher, avec le membre artificiel. Son nerf sciatique n'a pas été réséqué. L'avenir seul nous fera connaître s'il souffrira ou s'il ne souffrira pas.

En résumé, il me paraît prudent d'attendre encore avant d'assurer que les quatre opérés marchent avec facilité et sans douleur, et juste d'établir qu'un seul a subi la résection du nerf sciatique ; c'est mon opéré. Le membre artificiel, dont trois des malades ont été pourvus, a été confectionné sur ma seule initiative. Je n'ai eu à ma disposition que la figure très-incomplète représentée dans le livre de Ferdinand Martin.

Je compte bien sur votre impartialité pour donner à ces courtes considérations toute la publicité qu'elles me paraissent mériter, car si des faits de la portée de ceux dont il s'agit, et qui sont certes bien importants par eux-mêmes, étaient déviés de leur véritable et sévère signification (surtout quand ils se sont déroulés sous les yeux d'une école entière), si la vérité ne se faisait jour sur eux avec éclat. les faits ne manqueraient pas d'être entachés d'un fâcheux discrédit.

Le *Moniteur* publie un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, ainsi conçu :

Art. 1er. — Un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Paris le 24 novembre 1862.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine proprement dite et de médecine légale) sera ouvert à Strasbourg le 24 novembre 1862.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiologiques) sera ouvert à Montpellier le 24 novembre 1862.

Art. 2. — Un concours pour cinq places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et d'accouchements) sera ouvert à Paris le 9 mars 1863.

Un concours pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de chirurgie et d'accouchements) sera ouvert à Strasbourg le 2 février 1863.

Art. 3. — Un concours pour trois places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques) sera ouvert à Paris le 8 juin 1863.

Un concours pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (sections des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques) sera ouvert à Strasbourg le 8 avril 1863.

Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est ouvert le 2 juin. Les membres du jury sont : MM. Desgranges, Berne, Rollet, Barrier, Pétrequin, Bouchacourt, Valette, Diday, Rodet, Girin, Teissier et Arthaud. Les candidats sont : MM. Boucaud, Dron, Gayet, Laroyenne et Letiévant.

Un service funèbre a été célébré, au Val-de-Grâce, en l'honneur de Ludger-Lallemand, médecin en chef du corps expéditionnaire du Mexique, mort victime de la fièvre jaune à la Vera-Cruz. La médecine militaire, le corps enseignant du Val-de-Grâce, la presse médicale, l'Association générale des médecins de France, dont Ludger-Lallemand était secrétaire, le corps des officiers généraux, l'intendance et l'administration militaires, avaient répondu à l'invitation de M. Michel Lévy, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, à laquelle notre regretté collègue appartenait comme professeur agrégé.

L'Académie royale de médecine de Belgique a procédé, dans son dernier comité secret, à l'élection de membres honoraires et correspondants.

Ont été nommés membres honoraires belges : MM. les docteurs Cambrelin père, à Namur ; Henroz, à Marche, et Charles Philips, de Liége, actuellement à Paris. — Ont été nommés membres honoraires étrangers : MM. les docteurs Ph. Ricord, à Paris ; Marion Simes, à New-York ; Stilling, à Cassel, et Stromeyer, à Hanovre. — Ont été nommés correspondants belges : M. le docteur Isidore Henriette, de Bruxelles, et M. J. Laneau, pharmacien en chef à l'hôpital Saint-Jean.

Le grand prix quinquennal fondé en Belgique pour les sciences médicales vient d'être accordé, pour la période comprise entre 1856 et 1861, à M. Van Kempen, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Louvain, pour son ouvrage d'anatomie générale.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Sur l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive (¹).

Par MM. J.-M. CHARCOT et A. VULPIAN, professeurs agrégés à la Faculté de médecine médecins de l'hospice de la Salpêtrière.

Dans l'observation suivante, les phénomènes morbides étaient bornés aux membres inférieurs ; mais ils y étaient aussi accusés que possible. Le début de l'ataxie locomotrice progressive datait de deux ans, et la malade était entrée à l'hospice do la Salpêtrière depuis près de dix-huit mois, au moment où l'on a commencé le traitement par le nitrate d'argent. A ce moment, la station était absolument impossible depuis quinze mois. Quelque temps avant qu'on instituât le traitement, des accidents assez graves s'étaient manifestés, indiquant, suivant toute vraisemblance, l'existence d'une vive irritation de la moelle épinière. Le nitrate d'argent est prescrit le 19 avril 1862, et, au bout de six jours, il y a déjà un amendement appréciable. Le 29 avril, la malade peut se tenir debout, soutenue par une seule personne, et peut même faire ainsi quelques pas : l'ataxie des mouvements des membres inférieurs est évidemment diminuée, et les troubles de la sensibilité sont bien moins prononcés. Le 2 mai, la malade peut se tenir debout près de son lit, sans aucun appui. A la fin du mois de mai, l'amélioration avait fait encore quelques progrès; la malade peut faire quelques pas à l'aide de béquilles.

Obs. III. La nommée Roth, âgée de cinquante-sept ans, veuve Mendel, née à Strasbourg, est admise à l'hospice de la Salpêtrière le 9 novembre 1860, et, depuis cette époque, elle est placée dans un des services de l'infirmerie, salle Saint-Alexandre, n° 11.

Cette femme, mariée à vingt-six ans, a eu huit enfants; elle n'a jamais souffert de maladie grave, à part celle dont il s'agit actuellement. Pas d'antécédents syphilitiques, pas de rhumatisme articulaire ou autre. Elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de cinquante-six ans, époque de la ménopause. Jusqu'en 1856, elle a habité Strasbourg et s'est toujours trouvée dans une position assez aisée. Il y a douze ans, elle perdit son mari, qui la laissa veuve avec quatre enfants; elle eut, par suite, de grands chagrins, mais cependant elle ne souffrit pas de privations. En 1856, elle se décida à venir à Paris. A cette époque, elle a habité pendant quatre mois une

(¹) Suite et fin, voir la livraison précédente, p. 481.

chambre extrêmement humide. Les murs, dit-elle, laissaient suinter l'eau, qui se répandait sur le parquet. Cependant, pendant ce séjour, elle n'a jamais éprouvé de dérangement notable de la santé.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de mai 1860. Alors douleurs dans le dos à peu près continues, mais s'exaspérant sous forme d'accès et accompagnées d'un sentiment de constriction thoracique. Douleurs dans les membres inférieurs, également avec exacerbations paroxystiques. Il y a eu de l'anorexie et probablement de la fièvre ; à savoir : chaleur pendant la nuit et sueurs abondantes. Dès l'origine, marche difficile ; les jambes se projetaient sans cesse en avant ou latéralement, de la manière la plus bizarre. Elles retombaient avec bruit sur le sol. Il semblait à la malade qu'elle marchait sur un plancher fragile. Troubles de la vision, et en particulier diplopie. Ces troubles ont depuis cessé complétement et n'ont point reparu. — Le traitement, pendant cette période dont la durée est de deux mois, a été : sangsues sur la région spinale, — frictions irritantes sur les membres inférieurs, — administration de quarante pilules, dont la nature n'a pas été déterminée.

Ce traitement n'ayant produit aucun amendement, la malade se rend à pied, mais soutenue par deux personnes, au bureau central (juillet 1860), d'où on la dirige immédiatement sur l'hôpital de la Charité. La durée du séjour dans cet hôpital a été de cinq mois. Les affusions froides ont constitué le fond de la thérapeutique employée ; mais il n'en est résulté aucune amélioration. La démarche devient de plus en plus difficile ; la malade peut à peine se traîner d'un lit à un autre ; souvent ses jambes s'embarrassent l'une dans l'autre, et alors elle tombe lourdement sur le parquet. Fréquemment, la nuit, il y a des secousses, des convulsions douloureuses dans les membres inférieurs. Pendant les derniers mois, la malade est condamnée à rester presque constamment au lit, la station étant devenue à peu près impossible. Elle est envoyée à l'hospice de la Salpêtrière avec un certificat de maladie incurable.

L'admission à la Salpêtrière date du 9 novembre 1860. Pendant les deux premiers mois, Roth pouvait encore se lever et se traîner, bien qu'avec beaucoup de peine, jusqu'à la chaise percée ; mais, depuis ce moment jusqu'au 1er janvier 1862, époque à laquelle nous la voyons pour la première fois, elle n'a plus quitté le lit. Elle paraît d'ailleurs, pendant cette période de deux ans, n'avoir été soumise à aucune médication active.

Etat actuel. En janvier 1862. — La malade est pâle, profondément amaigrie ; les membres inférieurs surtout sont remarquablement atrophiés. Il y a de l'anorexie : on nous apprend que, depuis un an, elle mange à peine une portion d'aliments. Constipation habituelle, miction fréquente ; mais jamais il n'y a eu d'évacuations involontaires. Nous constatons, en outre, les signes les mieux accusés d'une ataxie locomotrice progressive parvenue à un haut degré de développement et auxquels se surajoutent quelques symptômes qui n'appartiennent pas au type le plus commun de la maladie. Aux membres inférieurs le sens du tact est émoussé, mais une pression un peu forte ou un pincement léger produisent des impressions douloureu-

ses. Le chatouillement est bien perçu. Les sensations de température sont bien conservées ; et même l'impression du froid est péniblement supportée et s'accompagne de mouvements réflexes convulsifs qui persistent pendant quelque temps après l'application du corps froid. La sensibilité électrique persiste à un degré marqué. La force musculaire est remarquablement conservée dans les membres inférieurs. La malade peut, au lit, mouvoir à son gré ces membres dans toutes les directions, et même avec force, mais habituellement elle dépasse le but et coordonne mal. La notion de position est pour les membres inférieurs singulièrement amoindrie. La contractilité électrique persiste dans ces membres, mais il est difficile d'en donner la mesure, parce que l'excitation électrique provoque des mouvements réflexes convulsifs intenses. La station, et à plus forte raison la marche, sont tout à fait impossibles : dès que la malade, tirée de son lit et soutenue par deux aides, est placée dans la situation verticale, elle s'affaisse aussitôt, et ses membres inférieurs, pris de mouvements contradictoires, s'élancent dans les directions les plus opposées ; rachialgie, sentiment de constriction thoracique et abdominale ; douleurs revenant par accès, comparées à celles que produirait un fer rouge et qui, des talons, remontent dans toute l'étendue des jambes. La nuit, de temps à autre, soubresauts des membres inférieurs, assez forts pour réveiller la malade.

Du 19 février au 15 mars. — Le 19 février, frisson violent de trois heures de durée, bientôt suivi d'une réaction fébrile intense. A partir de cette époque, il survient dans les membres inférieurs des convulsions, revenant par accès cinq ou six fois par jour, et plusieurs fois encore pendant la nuit. Lors de ces accès, qui éclatent sans cause appréciable, mais que l'on peut toujours provoquer par les excitations les plus diverses, principalement par l'application d'un corps froid sur la peau des cuisses, les membres inférieurs sont pris de mouvements convulsifs désordonnés, tantôt avec extension et flexion brusques se succédant rapidement, tantôt, et le plus souvent, avec extension prédominante et de manière à figurer les convulsions strychniques. Ces convulsions, qui durent de cinq à dix minutes, sont accompagnées de douleurs violentes dans les membres inférieurs et le long du rachis. En même temps il y a de la somnolence, la langue se sèche, les narines sont pulvérulentes. Le pouls est fréquent, la peau chaude ; l'état est des plus graves. Application d'un long vésicatoire sur le rachis. Extrait de belladone à doses croissantes, à commencer par 0gr,05 dans les vingt-quatre heures ; on a été jusqu'à 0gr,15. Cette médication a été continuée pendant près de vingt jours.

Du 15 mars au 19 avril. — Le 15 mars la malade était revenue à l'état où nous l'avions vue antérieurement au 19 février.

Le 19 avril. On administre pour la première fois le nitrate d'argent, après avoir de nouveau constaté que la malade est dans l'impossibilité absolue de se tenir dans la situation verticale. Nitrate d'argent, 2 pilules de 0gr,01 chaque ; prendre une de ces pilules avant chaque repas.

Le 24 avril. Le nombre des pilules est porté à trois par jour.

Le 25, la malade dit ne plus éprouver dans ses membres inférieurs le sentiment de froid très-vif qu'elle éprouvait autrefois habituellement. Elle dit, en outre, se sentir de l'appétit. On prescrit deux portions d'aliments. A partir de cette époque, l'appétit devient de plus en plus prononcé; les digestions s'opèrent très-régulièrement.

Le 29 avril. La malade est tirée de son lit et soutenue par deux aides, on la place dans la situation verticale. On remarque avec étonnement que la station est devenue possible. Roth ne s'affaisse plus sur elle-même comme elle le faisait autrefois. Les membres sont roides, mais ils ne sont plus le siége de mouvements désordonnés. Elle peut faire plusieurs pas soutenue par une seule personne. Les membres inférieurs sont alors lancés en avant d'une façon exagérée, de manière à rappeler la démarche qu'on fait quelquefois prendre aux conscrits dans certains exercices militaires; mais ils ne sont plus guère portés latéralement. En somme, il y a une amélioration entièrement remarquable et dont toutes les personnes du service sont vivement frappées.

Le 2 mai. La pâleur des téguments est manifestement moindre; les traits sont moins tirés, l'appétit persiste. L'application d'un corps froid sur la peau des cuisses ne provoque plus de mouvements convulsifs dans les membres inférieurs, comme cela avait lieu avant le traitement. — Il y a eu encore quelques progrès dans la marche et dans la station. Roth peut se tenir quelques instants immobile dans la station verticale, sans le secours d'une aide, et sans avoir recours à aucun appui.

9 mai. Depuis quelques jours, transpiration très-abondante la nuit.—La sensation habituelle de froid dans les membres inférieurs paraît avoir tout à fait disparu. — La station et la marche dans le même état que ces jours passés.

Du 9 au 20 mai. Il n'y a pas eu de nouveaux progrès. La station et la marche sont dans le même état que le 9 mai. — L'appétit est toujours très-bon; la malade a très-manifestement engraissé. Tous les jours on lui fait faire quelques pas dans la salle, soutenue par une aide. Ce petit exercice ne paraît pas produire de fatigue.—On a continué sans interruption l'emploi du nitrate d'argent à la dose de 0gr,03 par jour.

A partir du 20 mai environ, on porte la dose du médicament à 0,04. Vers la fin du mois de mai, la malade peut faire quelques pas à l'aide de béquilles, sans aucun autre soutien; les membres inférieurs sont encore faibles, mais les mouvements ataxiques ont disparu.

La maladie, dans le cas qui va suivre, datait de cinq ans environ. Les membres inférieurs étaient seuls atteints : jamais il n'y avait eu de troubles de la vue. Les caractères de l'ataxie locomotrice progressive étaient, d'ailleurs, bien accusés. Le 25 avril, on prescrit 2 pilules de 0gr,01 de nitrate d'argent, et, le 2 mai, on porte la dose à 3 pilules. Ce jour-là même, on constate déjà une amélioration consistant surtout en une disparition des soubresauts, des

tiraillements douloureux dans les membres inférieurs, et en une augmentation marquée de l'appétit. Les mouvements reprennent peu à peu de la force, de la précision, et, en même temps, les diverses sensations cutanées deviennent plus nettes. Le 30 mai, on a constaté que l'amélioration a fait de nouveaux progrès : la malade avait pris jusque-là 0gr,99 de nitrate d'argent.

Obs. IV. La nommée L***, Marie-Françoise, âgée de cinquante-six ans, née à Paris, a été longtemps fille de service dans une des salles de l'hospice de la Salpêtrière. Cette salle était extrêmement humide. Pendant les deux ou trois ans qui ont précédé l'apparition de la paralysie, la femme L*** ressentit des douleurs qui parcouraient tout le corps, mais qui étaient surtout très-vives dans les membres inférieurs. Jamais les jointures n'ont été particulièrement affectées.

C'est vers la fin de l'année 1857 que la paralysie des membres inférieurs a commencé à se montrer. Apparition presque soudaine d'un engourdissement considérable dans la jambe gauche : l'engourdissement augmente peu à peu, et au bout d'un an, paralysie complète du membre inférieur gauche. A l'âge de cinquante-trois ans, ménopause ; depuis lors, chaque mois, surviennent dans ce membre de violentes douleurs, accompagnées de mouvements involontaires, et suivies bientôt d'une sensation pénible de barre transversale dans le ventre, puis de vomissements pour ainsi dire incessants. Ces sortes de crises durent un, deux ou trois jours, et cessent plus ou moins complétement. Cette femme est entrée plusieurs fois à l'infirmerie de l'hospice : actuellement elle y est depuis le 19 juillet 1861, salle Saint-Mathieu, n° 3. A ce moment, le membre inférieur gauche était encore seul paralysé, mais le membre inférieur droit se prend à son tour peu de temps après, et maintenant (avril 1862), il y a plusieurs mois que ce membre est très-faible ; cependant, elle peut encore se tenir pendant quelques instants debout sur ce membre, en s'appuyant fortement à l'aide des mains sur son lit. Les membres supérieurs sont tout à fait dans l'état normal ; il n'y a jamais eu aucun trouble de la vue.

Membres inférieurs un peu atrophiés. Couchée sur son lit, la malade peut les soulever, fléchir et étendre fortement leurs divers segments les uns sur les autres ; toutefois, l'énergie des mouvements est un peu inférieure à la normale. Tous ces mouvements présentent une ataxie remarquable : impossibilité de lever ou d'abaisser lentement les membres qui dépassent toujours, lorsque la malade les soulève, la limite qu'on a indiquée. Une fois levé, le membre droit ou le membre gauche oscille involontairement de l'adduction à l'abduction et réciproquement. Mise à terre, et soutenue dans la station verticale sous les deux bras, la malade exécute les mouvements de la marche ; mais elle projette sans mesure ses jambes, qui s'embarrassent souvent l'une dans l'autre, ou bien le pied droit est lancé en dehors et heurte les jambes de la personne qui est de ce côté. D'ailleurs, même ainsi soutenue, elle ne peut faire que quelques pas et s'affaisse bientôt. Station impossible, les yeux étant fermés.

Sensibilité tactile obtuse. Les excitations, telles que pincement ou

piqûre de la peau causent une douleur d'un autre genre et plus insupportable que celle qui est produite de la même façon dans les membres supérieurs.

Les impressions produites par le froid sont très-vivement senties et déterminent des mouvements réflexes énergiques de flexion et d'extension successives, mouvements qui se répètent à certains moments plusieurs fois après un seul contact. Froid habituel aux jambes. Notions de position sans la moindre précision.

La faradisation cutanée ne détermine qu'une légère sensation de brûlure. La faradisation des muscles montre que l'irritabilité musculaire est à peu près intacte et que la sensibilité musculaire est très-affaiblie. Simple sensation de fatigue: les mouvements provoqués par les courants ne sont pas perçus.

De temps à autre, contractions fibrillaires et fasciculaires des muscles des jambes et des cuisses. Il y a aussi assez souvent, même en dehors des époques de crises, des soubresauts des jambes qui se fléchissent brusquement sur les cuisses pour retomber presque aussitôt dans la résolution : ces soubresauts sont accompagnés d'une vive douleur: des douleurs très-pénibles et d'assez longue durée, sans coïncidence de soubresauts, se manifestent également parfois, surtout au niveau des jointures.

Appétit très-faible; constipation habituelle et assez opiniâtre, miction difficile. Jamais aucun traitement régulier.

Le 25 avril. Deux pilules contenant chacune 1 centigramme de nitrate d'argent.

Le 2 mai. Amélioration réelle. Station plus facile. L'appétit renaît. Plus de soubresauts ni de tressaillements dans les membres inférieurs. 3 pilules.

Le 14 mai. La malade se tient quelques instants debout, sans soutien. Hier, douleurs, comme coups de hache dans la région des reins: jamais elle n'a ressentie de douleurs de cette nature. — Pas de crise, pas de vomissements à l'époque ordinaire. La malade peut lever et abaisser lentement les membres, mais il y a encore des oscillations lorsqu'ils sont levés. Elle reconnaît dans quel sens sont croisés ses pieds. Lorsqu'elle marche, soutenue sous les deux bras, elle ne lance plus ses jambes avec aussi peu de mesure qu'auparavant.

Le 30 mai. L'état général est très-bon, et l'appétit est assez considérable. Il y a de nouveaux progrès relativement à la sensibilité et à la motilité. Elle éprouve dans toutes les parties du corps, mais principalement dans les membres inférieurs, une sorte de frémissement qui commence ordinairement à se manifester une demi-heure après l'ingestion de chaque pilule, et qui dure pendant deux ou trois heures. Elle assure qu'elle a ressenti ce travail intérieur (pour employer son expression), presque dès le début du traitement.

Notre cinquième observation est relative à une malade chez laquelle l'ataxie locomotrice progressive date de quinze ans au moins. L'état de la malade, déjà bien grave, il y a sept ans, avait été heureusement amendé alors par la faradisation; mais, peu de temps après l'interruption du traitement, les membres inférieurs s'affai-

blissent de nouveau progressivement, et cette femme rentre de nouveau à l'hôpital, où elle subit trois applications de cautères, qui paraissent avoir produit une aggravation très-notable. Un nouveau traitement par l'électricité détermine encore une légère amélioration ; mais l'affection reprend bientôt après sa marche progressive, et la malade est admise à l'hospice de la Salpêtrière comme incurable, en 1858. Comme chez la malade de l'observation précédente, l'ataxie locomotrice progressive était ici très-prononcée et bornée aux membres inférieurs ; cependant il y avait depuis quelque temps, au moment où l'on commence le traitement, des fourmillements dans les doigts : de plus, cette femme avait eu, dès le début, et avait encore, de temps à autre, un peu de diplopie. Le 29 avril 1862, on prescrit 2 pilules de 0gr,01 de nitrate d'argent (une le matin et une le soir). Au bout d'une dizaine de jours, il y avait un mieux très-sensible. Le 5 juin, la malade, qui depuis son entrée à la Salpêtrière n'avait jamais pu que se traîner, pour ainsi dire, autour de son lit, en s'y tenant fortement, peut demeurer debout pendant plusieurs instants près de son lit, sans aucun soutien ; elle marche dans la salle à l'aide d'une chaise qu'elle pousse devant elle avec les mains, ou bien encore en prenant la main de deux personnes sans presque s'y appuyer. Lorsqu'elle marche ainsi, il n'y a réellement plus d'ataxie des mouvements. La santé générale est très-remarquablement améliorée.

Obs. V. La nommée M***, Rose-Aimée, âgée de quarante-six ans, née aux Minières (Eure), a été admise comme incurable à l'hospice de la Salpêtrière, le 13 juillet 1858. Aucune maladie nerveuse chez ses parents. Attaques d'hystérie depuis l'âge de vingt et un ans ; la dernière a eu lieu il y a deux ans. Deux enfants ; depuis lors, sujette à des congestions et des flux hémorrhoïdaires. Encore réglée maintenant ; jamais d'irrégularité notable de la menstruation.

Début de la maladie actuelle, il y a quinze ans au moins. Vers cette époque, la femme M*** habita pendant deux ans dans un logement très-humide ; elle y était à peine depuis deux ans, qu'elle commença à éprouver des douleurs dans les membres inférieurs et la région lombaire, puis bientôt une faiblesse et une incoordination des mouvements, lesquelles augmentèrent progressivement. Jamais, d'ailleurs, elle n'a eu une véritable arthrite rhumatismale. A la même époque aussi, quelques légères atteintes de diplopie, et ce trouble visuel se reproduit encore maintenant de temps à autre. Depuis 1848, surdité incomplète. Il y a sept ans, la marche était devenue tout à fait impossible. Elle fut soignée alors à l'hôpital de la Pitié pendant quatre mois : traitement par l'électricité ; amélioration considérable. Peu de temps après qu'elle a quitté cet hôpital, les membres inférieurs s'affaiblissent de nouveau. Séjour de trois mois à

l'hôpital Lariboisière ; second séjour de vingt et un mois à l'hôpital de la Pitié. Là elle subit trois applications successives de cautères sur les régions latérales de la colonne vertébrale, et ce traitement aurait été suivi d'une aggravation très-prononcée. Elle entre enfin à l'Hôtel-Dieu et y reste onze mois. Nouveau traitement par l'électricité ; nouvelle amélioration, mais bien moindre que celle qui avait été obtenue la première fois. C'est alors qu'elle est admise à la Salpêtrière. Depuis son admission, elle est entrée trois fois à l'infirmerie (séjour de vingt et un mois, la première fois ; de quatre mois, la seconde ; de deux mois, la troisième). Traitements divers sur lesquels on ne recueille que des renseignements insuffisants ; il paraît cependant que l'on a employé longtemps l'iodure de potassium, sans amendement appréciable. Elle entre à l'infirmerie une quatrième fois, le 28 mars 1862 (salle Saint-Vincent, n° 3), et se trouve dans l'état où elle n'a cessé d'être depuis son admission à l'hospice de la Salpêtrière ; toutefois, depuis quelques jours, est survenue une affection intercurrente, bronchite très-aiguë, expectoration muco-purulente très-abondante, parfois un peu de sang dans les crachats ; coliques, diarrhée ; violentes douleurs dans la région hypogastrique, dysurie, urines purulentes. Cette affection intercurrente s'apaise et disparaît peu à peu au bout de quelques jours de traitement, et l'on peut alors étudier complétement la maladie du système nerveux.

La malade, lorsqu'elle est couchée sur son lit, peut fléchir et étendre ensuite les divers segments de ses membres inférieurs ; le pied sur la jambe, la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin. Plus de force dans le mouvement d'extension que dans celui de flexion. Placée debout, la malade peut se tenir dans la station verticale en s'appuyant fortement sur son lit ; elle peut faire deux ou trois pas, soutenue sous les deux bras ; les mouvements de la marche sont déréglés. Pendant le cours de l'affection intestinale et vésicale, qui l'a amenée à l'infirmerie, il y avait parfois des soubresauts et des mouvements brusques des membres inférieurs, mouvements accompagnés de vives douleurs.

Sensibilité tactile obtuse. Les yeux fermés, la malade ne sent pas les contacts légers produits sur les membres inférieurs ; et même elle ne sait pas reconnaître si ces membres sont posés sur son lit, ou soulevés à une certaine hauteur. Si l'on touche assez fortement un point quelconque de ces membres, il y a une sensation tactile assez nette. Notions de position très-vagues, presque nulles. Lorsque la malade est debout, elle ne sent que très-confusément le sol ; elle s'affaisse dès qu'elle ferme les yeux. Sensibilité à la température conservée. Sensations de douleurs provoquées par la piqûre ou le pincement de la peau, peut-être un peu plus vives que dans l'état normal ; elles sont en même temps retardées et prolongées. Mouvements réflexes étendus déterminés par le chatouillement de la plante des pieds, ce chatouillement est en même temps perçu.

L'examen par l'électricité montre que l'irritabilité musculaire est conservée, mais elle est affaiblie dans les muscles de la région jambière antérieure. Sensibilité musculaire diminuée. L'excitation de la

peau ne produit une douleur vive qu'à la condition d'employer le courant le plus fort; il y a, au moment de l'excitation, des mouvements réflexes considérables, les membres se soulèvent involontairement et se portent dans l'adduction ou l'abduction exagérées.

Sensibilité et motilité intactes à la face et aux membres supérieurs; cependant, depuis quelque temps, légers fourmillements dans les doigts; sensibilité cutanée très-affaiblie sur le tronc.

La malade éprouve encore maintenant les douleurs qui n'ont cessé de la tourmenter depuis le début de l'affection : constriction à la base du thorax, barre traversant verticalement l'abdomen; douleurs contusives violentes dans la région lombaire; outre ces douleurs qui ont une certaine continuité, il y a des douleurs brusques, mobiles, très-vives, arrachant parfois des cris. Ces diverses douleurs s'exaspèrent lorsque la température est froide et humide.

Appétit très-faible. Digestions longues et pénibles; tantôt diarrhée, tantôt, et le plus souvent, constipation opiniâtre; miction difficile. Emaciation assez marquée; facies portant une constante expression de souffrance.

Le 29 avril 1862. 2 pilules de 0gr,01 de nitrate d'argent, une le matin et une le soir.

Le 15 mai. Amélioration très-notable, qui a commencé à se manifester il y a cinq ou six jours. Station plus facile. La malade peut même se tenir debout pendant un instant près de son lit, sans y prendre un point d'appui. Hier, elle a pu s'agenouiller pendant quelques moments sur son lit, ce qu'elle n'a pu faire depuis son admission à la Salpêtrière. Les douleurs des membres et de la région lombaire ont presque entièrement disparu. De temps en temps, elle ressent dans les jambes de brusques élancements qui diffèrent beaucoup des douleurs qu'elle éprouvait auparavant, et ces élancements ont commencé à se manifester deux ou trois jours après le début du traitement.

Dans les jours qui suivent, l'amélioration fait des progrès, bien que la malade soit, à deux reprises, la température s'étant un peu refroidie, atteinte de ses anciens accès de douleurs. Le 30 mai. Facies tout à fait modifié; la malade commence à manger davantage et à engraisser. Depuis quelques jours, elle marche dans la salle en s'appuyant sur une chaise, se tient assez facilement debout sans soutien, et elle peut se baisser et ramasser des objets à terre. La sensation du sol et les notions de position sont bien plus nettes.

5 juin. Elle descend un étage et le remonte quelque temps après, soutenue par deux personnes : elle marche tenue très-légèrement par les mains. Jamais, depuis qu'elle est à la Salpêtrière, elle n'a marché comme elle le fait actuellement : il y a, sous ce rapport comme sous tous les autres, une amélioration très-remarquable.

Après cet exposé des cinq observations sur lesquelles nous appelons surtout l'attention, nous croyons utile de faire ressortir en quelques mots ce qu'elles ont en commun et d'indiquer les principaux enseignements qui nous paraissent découler de leur étude.

Dans ces cinq cas, ainsi qu'on a pu le voir, l'ataxie locomotrice

progressive se présentait avec ses caractères les mieux accusés ; à l'époque où le traitement a été institué, la maladie était parvenue, depuis longtemps déjà, à une période où elle est généralement considérée comme incurable. Dans tous ces cas, cependant, il s'est produit, pendant le cours de la médication, un amendement très-notable de la plupart des symptômes. Voici, d'ailleurs, les phénomènes qui ont marqué cette amélioration, chez toutes nos malades, et qui ont commencé à se montrer, en général, quelques jours seulement (quatre à dix jours) après le début du traitement par le nitrate d'argent, d'après la méthode que nous avons indiquée : la sensibilité tactile est devenue plus nette [1] ; les notions de position ont recouvré de la précision ; la sensibilité à la douleur et la sensibilité à la température [2], si habituellement perverties, sont rentrées, jusqu'à un certain point, dans les conditions normales. La vue elle-même chez une malade (obs. I) a très-notablement participé aux heureuses modifications déterminées par le traitement.

Les douleurs, soit continues, soit fulgurantes, ont été complétement supprimées, et cela a été un des résultats les plus nets et les plus prompts à se manifester.

Les mouvements ont très-remarquablement gagné en force et en précision : ainsi, des malades naguère absolument incapables de se tenir debout et de faire un pas, depuis plusieurs années confinées au lit, où quelques-unes même étaient dans l'impossibilité de s'asseoir sur leur séant ou de changer de position (Obs. I et II), peuvent aujourd'hui, pour la plupart, demeurer quelques instants dans la

---

(1) Nous avons eu sous les yeux, dans les infirmeries de la Salpêtrière, jusqu'à ce jour, neuf cas d'ataxie locomotrice progressive, et de plus, nous avons eu des renseignements exacts sur un autre cas de la division des épileptiques. Chez ces dix malades, on a pu constater un affaiblissement considérable de la sensibilité tactile : lorsque l'on posait doucement le doigt sur un point de la peau des parties affectées, les malades, qui étaient aveugles, ne percevaient pas en général la moindre sensation de contact ; et il en était de même chez les autres, lorsqu'on couvrait leurs yeux ou lorsqu'on touchait une partie qu'elles ne pouvaient voir, par exemple la peau de la région lombaire. Nous sommes portés à penser que cette diminution de la sensibilité tactile est un phénomène morbide constant dans l'ataxie locomotrice progressive avancée, et l'on n'est pas en droit d'affirmer que cette sensibilité est intacte, si l'on n'a pas employé le mode d'exploration qui vient d'être indiqué.

(2) Une de nos observations présente un remarquable exemple de l'influence qu'a eue le traitement sur les troubles de la sensibilité de température (Obs. III). Dans ce cas, le contact d'un corps froid déterminait, en même temps qu'une sensation très-pénible, des mouvements réflexes rapides et répétés. Ce symptôme a disparu peu de jours après le début du traitement.

station verticale, sans appui, ou même faire quelques pas dans les salles, soutenues par des infirmières. L'une d'elles marche pendant près d'un quart d'heure sans l'aide de personne, en s'appuyant sur des béquilles; une autre en fait autant, en s'aidant seulement d'une chaise : chez toutes, les mouvements ataxiques des membres inférieurs, d'abord très-prononcés pendant la marche, ont cessé de se manifester ou sont à peine appréciables.

Deux malades avaient les mains profondément atteintes (Obs. I et II); chez toutes deux les mouvements des mains et des doigts sont devenus plus vigoureux et bien moins incohérents.

Toujours la santé générale s'est de bonne heure ressentie de l'influence du traitement; la constipation a cédé, l'appétit a promptement augmenté; les malades, dès lors, ont commencé à prendre de l'embonpoint et l'aspect cachectique qu'elles présentaient, pour la plupart, à un haut degré, s'est très-notablement modifié.

Ainsi, en résumé, dans toutes nos observations une amélioration incontestable et très-prononcée a été constatée pendant le cours de la médication instituée. Mais ici se présente de nouveau une objection que nous avons soulevée déjà et à laquelle nous croyons avoir, au moins en partie, répondu par avance. Cette amélioration obtenue est-elle, en réalité, le résultat de l'emploi du nitrate d'argent; ne s'est-elle pas produite spontanément, par le fait d'une coïncidence fortuite? Contre cette objection, en outre des arguments que nous avons présentés plus haut, nous aurions encore à faire valoir les considérations suivantes : les cinq cas d'ataxie locomotrice dont nous avons présenté l'histoire étaient tous des cas invétérés; chez tous la maladie était depuis longtemps stationnaire, ou encore elle avait suivi sans interruption sa marche progressive. Or, dans tous ces cas, la médication ayant été instituée à peu près en même temps, l'amendement a commencé à se prononcer, à peu près à la même époque et pour ainsi dire à point nommé, c'est-à-dire huit ou dix jours, en moyenne, après le début du traitement. En réunissant nos cinq observations à celles qui ont été publiées par M. Wunderlich, nous pouvons présenter un total de dix cas d'ataxie locomotrice, dans lesquels l'emploi du nitrate d'argent s'est montré utile. Ce nombre même des essais tentés et couronnés de succès, surtout en l'absence d'observations contradictoires, est incontestablement une garantie en faveur de l'action du médicament. Enfin, il n'est pas jusqu'aux effets pathogénétiques observés chez nos malades, pendant l'emploi du nitrate d'argent, et dont nous devons dire un mot, qui ne plaident dans le même sens.

Ces effets ont été notés chez toutes nos malades; ils ont été très-remarquables chez plusieurs d'entre elles. Elles éprouvaient peu de temps après l'ingestion de chaque pilule, au bout d'une heure par exemple, des fourmillements, de petits tressaillements dans diverses parties du corps, mais principalement et quelquefois même à peu près exclusivement, dans les membres affectés. Elles ressentaient dans ces parties, pour nous servir de leurs expressions mêmes, une sorte de travail intérieur; c'étaient des sensations pénibles, mais bien différentes des douleurs fulgurantes habituelles. Ces phénomènes cessaient complétement après avoir persisté pendant deux ou trois heures en moyenne. Chez une malade il y avait, en outre de ces sensations, des soubresauts dans les membres inférieurs : l'intensité plus grande de ces manifestations dans les parties où siége l'ataxie rappelle, jusqu'à un certain point, l'action de la strychnine sur les membres paralysés, dans les cas de paralysie de cause cérébrale ou spinale. Ces *operative effects* ont cessé de se produire, dans certains cas, une dizaine de jours après le début de la médication ; et ils se sont montrés de nouveau, pendant quelques jours, au moment même où les doses du nitrate d'argent ont été élevées. Dans plusieurs cas, en outre, des éruptions lichénoïdes et prurigineuses, accompagnées de démangeaisons violentes, se sont montrées peu de temps après le commencement du traitement sur toute la surface du corps, principalement sur les membres; ces éruptions persistent encore actuellement.

Une sensation d'ardeur plus ou moins pénible, siégeant à la région épigastrique, s'est montrée, chez une malade, quelques instants après chaque ingestion du nitrate d'argent, mais bientôt la tolérance s'est établie et les douleurs n'ont plus guère reparu qu'aux époques où la dose du médicament était accrue. En somme, aux doses et sous la forme que nous avons indiquées, le nitrate d'argent a toujours été très-aisément supporté par les malades.

Par tout ce qui précède, nous avions été conduits à penser que ce médicament [1], même à la dese relativement minime à laquelle nous l'avons employé, est absorbé et pénètre dans le torrent circulatoire; mais la preuve directe nous manquait et elle ne pouvait être donnée que par des recherches chimiques en règle et fort délicates. C'est un soin dont M. S. Cloez a bien voulu se charger. Or, ayant soumis à l'analyse les urines rendues par nos malades, M. Cloez y a constaté

---

[1] Ou tout au moins les produits de la décomposition qu'il subit dans les pilules.

la présence de l'argent, qu'il a même pu recueillir sous forme de petits grains métalliques.

Les cinq malades ataxiques dont nous avons rapporté l'histoire sont actuellement encore en voie de traitement. Quel est l'avenir qui leur est réservé ? Doivent-elles plus tard éprouver une rechute et perdre ce qu'elles ont gagné ; ou, au contraire, l'amélioration qu'elles ont éprouvée dans leur état doit-elle se maintenir ou progresser encore ? Ce sont là des questions auxquelles, quant à présent, nous ne sommes, on le conçoit, nullement en mesure de répondre. La sanction du temps nous fait absolument défaut. Nous avons cru malgré cela, et quoi qu'il puisse advenir par la suite, faire connaître dès à présent, tels qu'ils sont et tout imparfaits qu'ils sont, les résultats de nos recherches. Une considération surtout, à laquelle nous avons fait allusion déjà, nous a fait prendre ce parti, c'est que lorsqu'il s'agit d'une affection généralement réputée pour incurable, — et l'ataxie locomotrice progressive est incontestablement dans ce cas, — un amendement obtenu, quel qu'il soit, est un résultat précieux, digne, à tous égards, de l'attention du médecin et du contrôle d'observations multipliées. A plus forte raison en est-il ainsi, si cet amendement a été quelquefois très-heureux, considérable même. Or, n'est-ce pas une amélioration des plus désirables que celle qui a permis à des malades retenues au lit depuis des années, de se lever, de faire quelques pas, de rester sans soutien assises dans un fauteuil ; qui a rendu à d'autres la liberté de leurs mains ; qui les a délivrées toutes de douleurs parfois intolérables ; qui a rétabli l'appétit et les forces, et enfin, réveillé l'espoir. D'ailleurs, si dans les cas d'ataxie locomotrice invétérée on ne peut guère attendre autre chose qu'une amélioration plus ou moins prononcée ou plus ou moins durable, il est permis d'espérer, — un des faits rapportés par M. Wunderlich justifie déjà cet espoir, — que dans des cas moins graves et moins avancés, on pourra enrayer la maladie dans sa marche, ou obtenir tout au moins un amendement équivalent presque à la guérison.

Nos recherches ont été relatives surtout à l'emploi du nitrate d'argent dans les cas d'ataxie locomotrice progressive. Mais nous avons fait pressentir que ce médicament s'était montré utile dans quelques cas de paralysie, en dehors de l'ataxie locomotrice. Nous croyons devoir donner *in extenso* l'observation d'un fait de ce genre en raison de l'intérêt particulier qui s'y rattache.

La nommée P*** Anne-Julie, âgée de quarante-six ans, est couchée

salle Saint-Denis, n° 10, hospice de la Salpêtrière. Cette femme, d'un tempérament nerveux, d'une constitution débile, née d'une mère atteinte aujourd'hui et depuis longtemps déjà d'aliénation mentale, a les membres inférieurs paralysés depuis sept ans, et il y a cinq ans qu'elle a été admise comme incurable à l'hospice de la Salpêtrière. Elle aurait été, dès son enfance, d'une faible santé ; elle est sujette à des accès nerveux hystériques peu intenses. Jamais elle n'a eu les jointures gonflées et douloureuses. Depuis l'âge de vingt-deux ans, la menstruation, irrégulière jusque-là, a été très-régulière.

Lorsque la maladie a débuté, P*** habitait depuis quatre ou cinq ans dans un logement très-humide. Elle eut alors des hémoptysies se répétant tous les jours et qui cessèrent au bout de peu de temps pour ne plus se renouveler depuis. A la même époque, les membres inférieurs devinrent le siége de douleurs très-violentes qui s'étendirent à la région lombo-dorsale. Outre des souffrances continues, la malade ressentait encore de temps à autre des douleurs extrêmement vives, se produisant tout d'un coup dans la profondeur des membres. La faiblesse augmenta peu à peu ; la marche devint difficile : la malade traînait péniblement ses pieds sur le sol, mais elle n'a jamais eu de véritable ataxie locomotrice. Trois mois avant son entrée à la Salpêtrière, elle ne pouvait plus marcher et pouvait à peine se tenir debout. Pendant les deux années qui ont précédé son entrée, elle avait fait trois séjours dans les hôpitaux, l'un à la Pitié, le second à la Charité, le troisième à l'Hôtel-Dieu. Elle avait été soumise à des traitements internes qu'elle ne peut pas indiquer, et on lui avait appliqué des ventouses sur les diverses régions du corps, le tout sans succès.

Au moment où la malade est entrée à la Salpêtrière, atteinte de paraplégie complète, son état était aggravé par une affection interne des plus sérieuses. Une dyspnée considérable et une anasarque générale, tels sont les symptômes qu'il est possible de noter, d'après les indications de la malade. Cette affection dura environ dix-huit mois, et, entre autres moyens, on employa pour la combattre des cautérisations sur la région antérieure du thorax à l'aide du marteau de Mayor, cautérisations dont on voit aujourd'hui les traces.

Il y a trois ans et demi, à l'infirmerie de la Salpêtrière, à la suite de nombreux bains sulfureux, la malade, bien que souffrant toujours, peut se tenir dans un fauteuil, rester debout et même faire quelques pas en se traînant à l'aide de béquilles. Cette amélioration ne dure que bien peu, tout au plus deux mois, et bientôt l'état redevient tel qu'il était auparavant et tel qu'il était il y a bien peu de temps encore.

La paralysie des membres inférieurs est à peu près absolument complète au point de vue de la motilité. Ces membres sont un peu atrophiés, la malade ne peut pas les détacher de la surface du lit, tout au plus s'aperçoit-on de l'effort qu'elle fait pour exécuter ce mouvement. Si on soulève un des membres, dès qu'on cesse de le tenir, il retombe à peu près inerte. Les mouvements spontanés de flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied

sur la jambe et des orteils sont tout à fait impossibles; si l'on produit un de ces mouvements, par exemple, la flexion de la jambe sur la cuisse, la malade ne peut pas étendre la jambe; il faut qu'elle appuie sa main sur le genou pour arriver à obtenir l'extension. Les orteils ne peuvent pas plus se relever sur le dos du pied que se fléchir sur la plante du pied. Les mouvements d'abduction et d'adduction des membres sont impossibles aussi.

La malade est forcée de rester couchée, la faiblesse des masses musculaires des parties postérieures du tronc ne lui permettant ni de s'asseoir d'elle-même, ni de rester assise, lorsqu'on la place dans cette attitude. Depuis près de quatre ans, lorsqu'on veut faire son lit, on est obligé de la déposer sur un brancard, parce qu'elle ne peut pas non plus demeurer assise dans un fauteuil.

La sensibilité de contact, de température, de douleur, paraît presque intacte; cependant elle est légèrement obtuse sur toute la surface du membre inférieur droit. Froid habituel des jambes et des pieds; fourmillements. Les notions de position sont nettes; la malade, les yeux fermés, peut indiquer avec son doigt les différents endroits où l'on place un de ses pieds. Les diverses excitations pratiquées sur les membres inférieurs ne déterminent pas de mouvements réflexes.

On constate, à l'aide de la faradisation, que la contractilité est conservée dans tous les muscles des membres inférieurs. Quant à la sensibilité musculaire, elle est certainement affaiblie au moins sous certains rapports, car si la malade éprouve des sensations de crampe sous l'influence d'un courant énergique, elle n'a pas conscience des mouvements produits; elle ne sent pas, par exemple, ses orteils se fléchir ou s'étendre.

Les membres supérieurs ont conservé la liberté de leurs mouvements et leur sensibilité est intacte. Ils sont parfois le siége de fourmillements légers. Sueurs abondantes et presque continuelles des mains. Il n'y a pas de déviation de la face ni des yeux. Jamais, du reste, il n'y a eu le moindre trouble de la vue.

Tel est l'état de la malade depuis près de quatre ans; encore n'en donnerions-nous ainsi qu'une idée bien incomplète, si nous n'ajoutions pas qu'elle n'a pas cessé d'être torturée par les douleurs dont nous avons parlé plus haut, et qu'elle s'est considérablement affaiblie dans ces derniers temps. De temps à autre, tous les dix ou quinze jours, elle est prise d'un accès d'étouffement, avec palpitations violentes, anxiété précordiale et cyanose plus ou moins marquée de la face et des mains. Ces accès durent parfois plus de quarante-huit heures; dans le mois de mars, ils se sont rapprochés et ont pris un tel caractère de gravité, qu'on a cru la vie de la malade en danger imminent. L'appétit est presque nul, et il y a un amaigrissement progressif.

Le 25 avril 1862, on prescrit 2 pilules de 0,01 centigramme de nitrate d'argent, une le matin et une le soir.

13 mai. — Depuis hier, la malade s'est aperçue d'un changement très-remarquable survenu dans les fonctions de motilité. Pour la première fois depuis plus de trois ans, elle a pu d'elle-même

s'asseoir sur son lit pendant quelques instants. Elle peut soulever quelque peu l'un et l'autre de ses membres inférieurs au-dessus de la surface de son lit ; elle les écarte légèrement l'un de l'autre et les rapproche ; elle fléchit et étend un peu les divers segments les uns sur les autres, et imprime de petits mouvements à ses orteils.

Depuis sept à huit jours la malade se plaignait d'un redoublement de ses douleurs, ce qui parut devoir être attribué à l'action des pilules.

Les jours suivants, l'amélioration se dessine de plus en plus. Du 17 au 20 mai, on fait lever la malade, et lorsqu'elle est soutenue par deux aides, elle exécute très-bien les mouvements de la marche ; elle est d'ailleurs trop faible pour se tenir seule debout. Elle peut demeurer assez longtemps assise dans un fauteuil. Elle a eu ces jours derniers une de ses crises d'étouffement, mais cette crise a été moins forte et moins longue que d'ordinaire.

Le 28 mai. — L'appétit est encore faible, la malade mange peu, et cependant elle reprend des forces ; son facies a complétement changé d'expression. Elle peut s'asseoir facilement sur son lit et dans un fauteuil ; elle peut imprimer à ses membres inférieurs tous les mouvements qu'on lui indique ; ces mouvements, bien qu'encore bornés, sont aisément et assez rapidement exécutés. Les mouvements des orteils semblent redevenus presque complétement normaux. Les sueurs des mains sont moins abondantes. Les douleurs violentes, continues ou passagères, des membres inférieurs, des lombes, du dos et des membres supérieurs ont complétement disparu ; mais à la place de ces douleurs, la malade, presque depuis le début du traitement, ressent des élancements très-pénibles, se montrant brusquement dans les genoux et les coude-pieds et disparaissant de même. De plus, une dizaine de jours après le début du traitement, il s'est produit une éruption de prurigo sur les membres supérieurs et inférieurs, principalement à la région antérieure des jambes, éruption accompagnée de très-vives démangeaisons, et qui existe encore aujourd'hui. Le 29 et le 30 mai, la malade a pu faire quelques pas n'étant soutenue que sous un seul bras.

Voici donc un cas de paraplégie complète, où l'emploi du nitrate d'argent a été suivi d'heureux effets, et ce cas ne rentre certainement pas dans la description de l'ataxie locomotrice ; on a vu d'ailleurs que le fait qui a suggéré à M. Wunderlich l'idée d'employer le nitrate d'argent dans le traitement de cette dernière affection, était un bel exemple de paralysie hystérique.

D'après cela, ce ne serait pas exclusivement dans les cas de paralysie liée à l'ataxie que le nitrate d'argent se montrerait utile ; mais, du moins d'après ce que nous avons observé jusqu'ici, jamais ce médicament n'échoue complétement dans l'ataxie locomotrice progressive, tandis qu'il peut rester inefficace ou même se montrer nuisible dans des paraplégies d'une autre espèce ; nous l'avons vu, par

exemple, produire une aggravation marquée des symptômes dans des paralysies des membres inférieurs qui paraissaient liées à la myélite.

On comprend, d'après ce qui précède, combien il sera important de catégoriser avec soin les sujets sur lesquels on voudrait instituer les essais que nous proposons. Donner sans classement préalable et suffisamment rigoureux le nitrate d'argent dans tous les cas où la locomotion est plus ou moins sérieusement atteinte, ce serait s'exposer évidemment à ne tirer de cette expérimentation que les déductions les plus confuses ou peut-être même les plus inexactes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur les bons effets de l'emploi des injections iodées dans les abcès chauds.

Il est remarquable que plus un agent médicamenteux est appelé à rendre de services, plus on a de peine à le faire admettre dans la pratique. Si l'on parcourt, en effet, dans les traités de thérapeutique l'histoire des substances même les plus généralement employées aujourd'hui, n'est-on pas frappé du temps qu'il a fallu pour en vulgariser l'emploi ?

L'iode, dont l'efficacité dans le traitement d'un grand nombre d'affections ne saurait maintenant être contestée par personne, n'a pas échappé à cette loi commune. Je ne veux point tracer ici son histoire complète, ce serait donner à ce travail une extension qu'il ne comporte point ; je me contenterai de rappeler qu'employé en France depuis vingt-cinq ans environ, l'iode a été le sujet de chaleureuses discussions habilement soutenues par M. Velpeau dans les sociétés savantes, et que c'est avec une extrême difficulté que ce chirurgien l'a fait admettre dans le traitement des hydropisies des séreuses : l'hydrocèle, les synoviales articulaires. Mais les résultats qu'il obtint furent si concluants, qu'au bout d'un certain temps le doute ne fut plus permis à personne. Ces premiers succès des injections iodées enhardirent les praticiens et on tenta de les faire dans les grandes cavités séreuses : la plèvre, le péritoine et même le péricarde..... ; on obtint d'heureux résultats. Plus tard, M. Boinet les employa dans le traitement des abcès par congestion, des abcès froids et même des abcès chauds ; car, dans son *Traité d'iodothérapie,* quoiqu'il n'ait pas consacré de chapitre particulier aux abcès chauds, il existe des observations d'inflammations franchement

phlegmoneuses guéries par le procédé en question, et nous tenons de M. Boinet lui-même qu'il n'ouvre jamais un abcès, quelle qu'en soit la nature, sans faire consécutivement une injection d'iode. M. Borelli, dans un mémoire qui a été couronné par la Société de médecine de Toulouse, en même temps que l'ouvrage de M. Boinet, préconise également ces injections.

Je n'ai donc point la prétention de venir signaler un traitement nouveau des abcès chauds, je veux seulement rappeler l'attention sur cette application du liquide iodé, d'ailleurs inconnue de beaucoup de praticiens, et qui est loin d'être adoptée de ceux qui la connaissent. Les résultats avantageux que M. Demarquay obtient journellement par cette thérapeutique dans les inflammations aiguës, dans ces vastes abcès dont la durée est souvent si longue, l'issue souvent si funeste, sont incontestables, on va pouvoir s'en convaincre par les observations suivantes :

Obs. I. *Abcès ganglionnaire extrà-péritonéal de la région inguinale gauche.— Injection iodée.— Guérison.* — Le nommé A***, employé de commerce, âgé de vingt-huit ans, entre à la maison de santé, le 19 janvier 1862, pour se faire traiter d'une tumeur qu'il porte dans la fosse iliaque gauche. Son attitude semble indiquer de prime abord qu'il est atteint d'un psoïtis. Il est, en effet, dans le décubitus dorsal, le pied gauche reposant sur le lit par sa face plantaire, la jambe à demi fléchie sur la cuisse et celle-ci à demi fléchie sur le bassin. La tumeur remplit complétement le creux de l'aine, la peau ne présente pas de changement de coloration. La région affectée est le siége d'une douleur vive, lancinante, s'irradiant dans les régions voisines, notamment vers le grand trochanter. Le palper donne plutôt la sensation d'un empâtement que d'une véritable fluctuation. Le malade est dans un état d'amaigrissement extrême, il n'a pas d'appétit; le soir, il y a réaction fébrile intense. Il a commencé à souffrir au mois de novembre dernier, c'est-à-dire il y a deux mois environ : toutefois, ce qu'il éprouva d'abord était plutôt un sentiment de gêne dans l'aine gauche qu'une véritable douleur; il avait un peu de difficulté à allonger la jambe, il la traînait en marchant. Il ne sait à quelle cause rattacher sa maladie, il a, dit-il, l'habitude, en marchant dans son magasin, de se heurter fréquemment contre l'angle des comptoirs. De plus, le 15 septembre dernier, c'est-à-dire un mois et demi avant le début des accidents, il a fait une chute d'une hauteur d'un mètre cinquante environ, à la suite de laquelle il éprouva une petite douleur dans l'aine; celle-ci se dissipa presque aussitôt. Vers la fin du mois de novembre dernier, il contracta un chancre à la suite duquel survinrent des engorgements ganglionnaires des deux côtés ; ce chancre est aujourd'hui cicatrisé, l'engorgement des ganglions s'est complétement résorbé... (Il importe de faire remarquer ici que l'apparition du chancre et des ganglions est postérieure au début de la tumeur de l'aine.)

Le malade n'est alité que depuis le 24 décembre dernier, le traitement qu'on lui a fait suivre a consisté dans l'application successive de trois vésicatoires sur la tumeur et dans l'usage du sirop d'iodure de fer à l'intérieur. A la maison de santé on lui fait faire un traitement antiscrofuleux. Le 30 janvier, la tumeur semble moins pâteuse la palpation y dénote une fluctuation appréciable, quoique encore difficile à sentir. Le 14 février, la fluctuation étant parfaitement constatée, le malade est soumis pendant trois minutes au sommeil chloroformique, une incision est pratiquée à la partie externe de la région inguinale, dans le point le plus déclive; elle laisse écouler environ *un litre* de pus franchement phlegmoneux. Une injection d'eau, puis une injection d'iode sont successivement poussées dans la cavité; le malade, revenu complétement à lui, n'en éprouve aucune douleur. Un linge glycériné recouvert de charpie, puis un spica compressif, posé avec soin, constituent tout le pansement. Le 15 février, lendemain de l'opération, il coule encore de la tumeur en la pressant, environ une palette de pus. Une nouvelle injection est pratiquée, le malade en accuse de la douleur, mais celle-ci se dissipe au bout d'un quart d'heure environ.

Les injections sont ainsi continuées pendant huit jours; au bout de ce temps il ne s'écoule plus de pus, mais seulement de la sérosité roussâtre. Le 1er mars, la plaie est complétement fermée, le malade est mis à l'usage des toniques et il sort, le 19 avril, de l'hôpital, parfaitement guéri depuis déjà longtemps.

Obs. II. *Phlegmon puerpéral profond de la région fessière droite.* — *Injection iodée.* — *Guérison.* — La nommée W***, blanchisseuse, âgée de vingt ans, d'un tempérament essentiellement lymphatique, entre à la maison de santé, le 26 avril 1862, pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse qu'elle porte à la région fessière droite. Le tronc, la face, les membres supérieurs et inférieurs sont en même temps le siége d'un œdème considérable; cette femme est dans un état de faiblesse extrême. Elle est accouchée il y a un mois et demi. Quelques jours après son accouchement, quand elle s'est levée pour la première fois, elle a senti de la roideur dans l'articulation coxo-fémorale droite et une grande difficulté pour marcher; la région fessière n'était cependant pas encore douloureuse. La malade ayant voulu marcher malgré la gêne qu'elle éprouvait, la fesse se tuméfia considérablement, la peau y devint rouge, luisante, excessivement chaude. On appliqua des cataplasmes.

La malade avait beaucoup de fièvre le soir, du délire, et le jour elle était presque constamment assoupie. La nuit, elle avait des sueurs abondantes.

A son entrée dans la maison de santé, la fluctuation était difficile à sentir, une ponction fut faite avec le bistouri; le pus jaillit avec force, il était franchement phlegmoneux; l'incision fut agrandie en coupant vers la partie la plus déclive; on recueillit un litre et demi de pus environ. Le doigt, introduit dans la cavité purulente, démontre que l'abcès siége dans les parties profondes de la fesse, et qu'il occupe une étendue considérable. Une première injection iodée est

poussée dans son intérieur, la malade en éprouve un peu de douleur, mais celle-ci, peu vive d'ailleurs, se dissipe au bout de quelques minutes.

Le lendemain de la première injection, il s'écoule environ une palette de pus de la cavité de l'abcès ; une deuxième injection est pratiquée.

On continue ainsi une injection par jour, et aujourd'hui, 22 mai, les parois de l'abcès sont entièrement recollées, il ne s'écoule plus qu'un peu de sérosité roussâtre par la plaie, en un mot, la malade peut être considérée comme guérie... ; elle se propose de quitter l'hôpital dans quelques jours.

Je crois que ces deux observations ne peuvent manquer d'attirer l'attention des médecins qui liront ce travail ; il n'est pas ordinaire, en effet, de voir de vastes collections fournissant un litre de pus quand on les incise, guérir en si peu de temps et sans que les malades soient exposés aux plus graves accidents. Je ne pense donc pas que l'action de la teinture d'iode puisse être ici révoquée en doute. Si je ne craignais d'abuser de la patience du lecteur, je pourrais citer nombre de faits du même genre, que j'ai observés cette année dans le service de M. Demarquay ; je me contenterai de dire que la plupart des observations que j'ai recueillies sont relatives 1° à des abcès ayant produit des décollements considérables dans l'aisselle, le creux proplité, la région inguinale, etc. ; 2° à des érysipèles phlegmoneux. Dans tous ces cas, l'iode guérit rapidement et permet de triompher de ces abcès fistuleux dont les suites font si souvent le désespoir des chirurgiens.

Le traitement local des abcès aigus ordinairement employé consiste dans l'incision, l'évacuation la plus complète du liquide purulent, l'application de cataplasmes..., puis on abandonne à la nature le soin de tarir la suppuration et de recoller les parois du foyer. Il est vrai que, dans quelques cas, on aide le recollement au moyen de la compression, de mèches enduites de cérat et introduites dans la plaie ; mais ces moyens ne peuvent pas être toujours employés. Le foyer peut être inaccessible à la compression, il peut présenter des prolongements fistuleux dans lesquels l'introduction des mèches est impossible. Qu'arrive-t-il alors ? L'air, entrant dans une vaste cavité purulente, vient modifier la nature du pus, il le rend fétide, grumeleux, en un mot, de mauvaise nature ; l'infection putride, et par suite la mort, en est la conséquence presque inévitable. On a proposé, il est vrai, pour éviter ces graves accidents, les injections de vin, d'eau d'orge légèrement alcoolisée ; mais l'expérience a démontré que ces moyens sont presque toujours

insuffisants. Les injections iodées, mieux que toutes autres, remédient aux inconvénients que nous venons de signaler, les observations que nous avons citées le démontrent d'une manière évidente. Toutefois, comme chaque phénomène a une cause, nous ne devons pas nous contenter de citer des faits, il faut les interpréter. Nous ne croyons pouvoir donner de meilleures explications qu'en reproduisant une note qui nous a été remise, relativement à la question, par M. le docteur Monod :

« Lorsqu'on fait une injection iodée dans un abcès chaud, un abcès du sein, par exemple, dit M. Monod, voici ce qui se passe : douleur aiguë, qui dure environ d'une demi-heure à une heure ; le lendemain, la partie de la glande qui a été injectée est dure et le pus est diminué en quantité et transformé en une sérosité qui ressemble à de la lymphe plastique. La douleur à la pression est notablement diminuée. Les parties voisines de la glande qui menaçaient d'être envahies par l'inflammation et de donner lieu à de nouveaux abcès, participent à l'induration indolente de la partie injectée. Si tout marche régulièrement, la partie suppurée et les parties voisines enflammées se trouvent converties en une masse indurée qui se comporte comme un engorgement inflammatoire simple et arrive rapidement à la résolution. On substitue ainsi à une inflammation suppurative une inflammation adhésive ; le pus est remplacé par la lymphe plastique. Mais il arrive souvent que ce résultat n'est pas obtenu par une première injection, qu'il faut plusieurs injections, à un ou deux jours d'intervalle, pour tarir la sécrétion du pus. »

Les injections iodées ont encore une autre action que nous ne devons pas oublier de mentionner, c'est l'effet produit sur toute l'économie par l'absorption de l'iode à travers les parois du foyer. L'expérience démontre, en effet, par l'analyse des liquides provenant des diverses sécrétions de l'économie qu'une certaine quantité d'iode pénètre dans l'organisme, à la suite des injections iodées. Or, on sait combien est salutaire, dans les maladies qui dépendent d'une altération générale de la constitution, l'influence des préparations iodées !

Je terminerai ces quelques considérations sur les injections iodées dans les abcès chauds, en donnant la formule de la préparation que M. Monod employait autrefois à la maison de santé, et que M. Demarquay, qui lui a succédé, emploie journellement. C'est la solution de Guibourt :

Eau	100 grammes.
Alcool	50 grammes.
Iode	5 grammes.
Iodure de potassium	5 grammes.

On l'étend d'un quart ou de la moitié de son volume d'eau, si la sensibilité est très-vive.

Comme l'injection doit être poussée avec force, afin de pénétrer dans tous les recoins de la cavité purulente, on emploie une seringue à jet très-puissant, la seringue de Maillechort, par exemple. De plus, M. le docteur Demarquay a l'habitude d'introduire dans la cavité de l'abcès une sonde en gutta-percha, comme celles que l'on emploie pour les maladies urinaires ; il adapte le bec de la seringue au pavillon de la sonde.

On commence par faire, d'abord, pour nettoyer le foyer, une injection d'eau tiède, que l'on fait ressortir en pressant légèrement sur les parois de la tumeur, puis on injecte ensuite le liquide iodé. Si la cavité de l'abcès est considérable, le chirurgien, en poussant l'injection, doit rapprocher les deux lèvres de la plaie pour empêcher le liquide de sortir à mesure qu'il pénètre. Il retire ensuite la sonde et laisse sortir la partie de l'injection qui sort d'elle-même sans exercer de pression.

S'il y a plusieurs ouvertures, il faut les injecter toutes, à moins que le liquide pénétré par la première ne sorte par les autres.

« Au bout de quarante-huit heures, dit M. Monod, si le pus n'a pas changé de nature et de quantité, il ne faut pas hésiter à renouveler l'injection. J'ai vu plusieurs fois ce traitement arrêter court la marche de ces suppurations, qui envahissent de proche en proche presque toute la mamelle et terminer en dix ou quinze jours une maladie, qui, abandonnée à elle-même, dure souvent plusieurs mois. »

COSMAO-DUMENEZ.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du lait comme moyen de détruire la saveur laissée par le perchlorure de fer.

L'usage fréquent que l'on fait aujourd'hui de ce médicament, surtout dans la médecine des enfants, nous engage à consigner ici un enseignement pratique communiqué à la Société de médecine par M. le docteur Guibout. En rendant compte des bons effets qu'il obtenait de l'emploi du perchlorure de fer et comme agent topique, et comme agent dynamique dans l'angine couenneuse, ce médecin a fait part à ses collègues du moyen très-simple qu'il met en œuvre pour détruire la sensation d'astringence qui reste dans la bouche après l'administration de ce sel de fer : c'est l'emploi du lait. Quelques cuillerées de ce liquide, avec lequel on se gargarise, suffisent

pour enlever le goût désagréable que laissent les préparations de ce sel de fer. Lorsqu'on fait appel surtout aux propriétés dynamiques du perchloruro, les malades ne doivent pas avaler le lait, car ce liquide déterminerait la décomposition de l'agent médicamenteux.

Pastilles contre la fétidité de l'haleine.

M. Thérouin recommande la formule suivante :

Pr.	Chocolat ou café en poudre..............	100 grammes.
	Charbon végétal porphyrisé............	30 grammes.
	Sucre en poudre....................	30 grammes.
	Vanille............................	4 grammes.
	Mucilage de gomme..................	Q. S.

M. et F. S. A. des pastilles de 1 gramme, qu'on administre depuis 6 jusqu'à 8 par jour.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cancroïde du col de l'utérus opéré il y a treize ans ; guérison persistante.

Dans le numéro du 30 mai dernier de votre estimable journal, vous avez inséré un cas de guérison d'un cancroïde du col de l'utérus, et vous ajoutez avec raison : « On sait combien les cancroïdes de cette espèce sont sujets à retour, et combien sont rares les exemples de guérison après leur ablation. »

Voici l'observation d'une femme que j'ai opérée en juin 1849, et qui existe encore aujourd'hui, jouissant de la meilleure santé possible.

Mme Cailler, du Petit-Puits, près Saumur, est âgée de quarante-cinq ans, elle est accouchée deux fois très-naturellement, ses menstrues étaient toujours venues très-régulièrement; mais depuis un an, c'est-à-dire en mai 1848, elle eut des pertes rouges très-abondantes, qui alternaient avec des écoulements blancs. Tout d'abord, elle ne voulut pas se laisser toucher, et tous les astringents indiqués étant sans résultat, j'insistai sur le toucher et l'introduction du spéculum ; je rencontrai une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, le col de l'utérus était très-induré, le reste du corps de cet organe me parut parfaitement sain.

Je lui proposai l'opération, qu'elle accepta sans difficulté, tant elle était ennuyée et affaiblie par les métrorrhagies, presque permanentes depuis un an ; elle était exsangue.

J'invitai mon ami M. le docteur Bineau, de Saumur, à m'assister dans cette grave opération.

A l'aide de plusieurs pinces de Museux, j'abaissai le col suffisamment pour qu'il parût au dehors des parties génitales, et au moyen d'un bistouri courbe, j'enlevai la tumeur et la totalité du col de l'utérus ; aucun accident ne survint, aucune hémorrhagie ne parut, et de simples injections émollientes froides furent faites plusieurs fois dans la journée et jours suivants ; la femme Cailler s'est guérie très-promptement. Depuis lors, elle ne s'est jamais plainte ni de leucorrhée, ni de métrorrhagie, et depuis treize ans, elle se porte parfaitement bien, se livrant continuellement aux travaux pénibles de la campagne. Après l'opération, M. Bineau et moi examinâmes sa tumeur et le col ; nous fûmes convaincus qu'ils étaient de nature squirrheuse ; ils étaient durs, lardacés et criaient sous le bistouri.

Il y a treize ans, la microscopie n'était pas en usage, aussi nous ne portâmes pas nos investigations de ce côté.

Observation de contracture spasmodique du vagin cédant aux réfrigérants.

Vous avez attiré l'attention des médecins sur la contracture spasmodique de l'anneau vulvaire et vous avez indiqué différents moyens à employer avant d'arriver à une opération sanglante ; parmi ces moyens, il y en a un que vous préconisez surtout, c'est l'application du froid sous toutes les formes. Voici un cas dans lequel ce moyen m'a réussi complétement.

Mme W., de Saumur, d'un tempérament nerveux, âgée de trente-six ans, a toujours été bien réglée ; elle s'est mariée à vingt-neuf ans. Avant son mariage, elle éprouvait souvent des démangeaisons à la vulve et à l'extérieur des grandes lèvres. Devenue enceinte deux ans après son mariage, elle est accouchée très-heureusement d'une fille ; depuis son accouchement, qui a eu lieu il y a trois ans, les mêmes démangeaisons sont survenues de temps en temps, à tel point qu'elle s'excoriait à force de se gratter ; elle n'a jamais consulté pour cette indisposition.

Il y a huit mois environ, les approches conjugales sont devenues douloureuses, difficiles, et le mari dit : « Il me faut de grandes précautions pour pénétrer, ce qui m'inquiète beaucoup. »

Il y a six mois, Mme W. ressentit les symptômes d'une nouvelle grossesse, suppression des règles pendant quatre mois, gonflement des seins, développement du ventre. En mai 1861, une métror-

rhagie survint ; en examinant les caillots pour reconnaître quelque trace de l'embryon, je reconnus une môle hydatique en forme de grappe. Je traitai cette dernière affection pendant quelque temps et désirant faire des injections avec de l'oxycrat ou de l'eau salée, je voulus introduire un spéculum, je ne pus jamais franchir l'anneau vulvaire, la malade poussait des cris horribles, en disant : « Otez-le, ôtez-le, vous me déchirez. » Je retirai alors l'instrument, et je questionnai le mari, qui me donna tous les renseignements cités plus haut. Je reconnus une contracture spasmodique du sphincter vaginal. En examinant avec beaucoup d'attention les grandes et petites lèvres, en écartant les caroncules myrtiformes les unes après les autres, et dilatant autant que possible le vagin avec mes doigts indicateurs, aidé dans ces recherches minutieuses par le mari, homme intelligent, je ne trouvai pas de fissure ; il n'existait donc qu'une constriction spasmodique sans lésion appréciable et durant depuis trois ans et demi.

Le 15 août 1861, je prescrivis un demi-bain froid matin et soir, un quart de lavement à la glace matin et soir, glace brisée par petits morceaux, introduite dans une petite vessie, n'ayant pas d'ampoule en caoutchouc à ma disposition ; vessie placée entre les grandes lèvres et renouvelée à chaque fois que besoin sera. Ce traitement a été continué jusqu'au 22 (sept jours), excepté les demi-bains qui ennuyaient la malade et lui faisaient du mal, disait-elle. Le 22, au matin, introduction sans difficulté et sans douleur d'un spéculum bivalve, tenu écarté pendant que je le retirai. Cette femme n'a ressenti aucune impression douloureuse, et depuis son mari a rempli ses devoirs conjugaux sans difficulté et sans précaution.

Cette contracture de l'anneau vaginal a été évidemment produite par les démangeaisons eczémateuses que cette femme a ressenties pendant plusieurs années, et pendant trois ans et demi qu'a duré cette affection nerveuse, le mari ne pouvait pénétrer aisément, et, comme il me le disait, il me faut de très-grandes précautions pour ne pas faire jeter de cris à ma femme.

Le traitement par les réfrigérants a réussi ; il est donc bien essentiel que les médecins, avant de se décider à une opération sanglante, qui est toujours rejetée par les malades, les soumettent aux différents moyens que vous avez si bien formulés dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Cette affection n'est pas fréquente, car depuis plus de trente ans que j'exerce la médecine, c'est le premier cas qui s'offre à mon observation. D[r] Bouchard,

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Saumur.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle, et de la seconde enfance, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société anatomique, de la Société de biologie et de la Société de médecine pratique de Paris, de la Société médicale de Dresde, etc., 4e édit., corrigée et considérablement augmentée, ouvrage couronné par l'Institut de France.

Si le nom de M. Bouchut est parvenu à avoir quelque retentissement dans la science contemporaine, soit parmi nous, soit même à l'étranger, ce n'est pas sans avoir rencontré sur sa route de nombreux obstacles, qui n'ont point arrêté son vaillant et belliqueux esprit; ce courage de l'idée, cette impatience de la gloire, ce n'est point nous assurément qui les blâmerons: aussi longtemps qu'il nous sera permis de le faire, nous encouragerons du geste et de la voix ces ardentes natures qui, alors même qu'elles échoueraient dans leurs laborieux efforts, servent encore la science, ne fût-ce que par les contradictions qu'elles provoquent, et qui n'ont de raison d'être qu'à la condition de remuer des vérités, et de les mettre en plus vive lumière. Toutefois, que notre savant et laborieux confrère nous permette de le lui dire ici, nous craignons qu'à agiter coup sur coup, et presque à la fois tant et de si ardues questions, il ne finisse, en définitive, par servir moins la science, qu'il ne l'eût fait en réfrénant un peu cette sorte d'ardélionisme, et en concentrant son ardeur dans un champ d'études plus limité. On a dit, dans un tout autre ordre d'activité, du fameux Lauzun que sa vie avait été plus extraordinaire que les rêves mêmes des autres hommes : si l'ardent médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie continue à aller de ce train, il réalisera à lui seul ce que vingt d'entre nous ont pu rêver en fait d'entreprises scientifiques. Sans parler de nombreux articles ou mémoires insérés dans diverses publications périodiques, et qui ne sont que des bribes pour cet esprit fécond, M. Bouchut a publié un ouvrage étendu sur les signes de la mort, un traité de pathologie générale, une synthèse de quelques maladies nerveuses, sous le titre de *Nervosisme*, ce traité des maladies de l'enfance, une hygiène relative à cet âge de la vie, etc. Il y a assurément là partout de la sève, de l'effort, quelque chose enfin qui témoigne de la vigueur de l'intelligence; mais nous sommes convaincu qu'à se dépenser si vite, à s'éparpiller ainsi, on court le risque de s'amoindrir, et cela au détriment de la science, qui gagnerait certainement à ce

qu'on s'économisât un peu : prenez garde, sommes-nous toujours tenté de dire à ces prodigues de la pensée : Prenez garde de vous volatiliser.

Au reste, comme il ne nous appartient à aucun titre de nous faire le mentor de personne, nous nous contenterons de ces rapides réflexions, qui vaudront auprès de l'esprit de notre savant confrère ce qu'elles pourront, et nous acquittant d'une tâche plus humble, celle de faire connaître brièvement aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* cette quatrième édition de l'ouvrage de M. Bouchut sur les maladies de l'enfance, nous allons indiquer sommairement les questions traitées dans ce livre et dans cette édition nouvelle, qui nous semblent les plus dignes de fixer l'attention.

Tout le monde se rappelle le bruit qui s'est fait, il y a deux ou trois ans, autour d'une idée émise par le laborieux médecin de Sainte-Eugénie, pour attaquer mécaniquement et par la voie naturelle et directe du larynx l'obstacle qui, dans le croup, empêche si souvent et si radicalement le jeu de la vie : cette idée, on s'en souvient, c'est la béance artificielle du larynx, et le procédé, pour arriver à ce but, le tubage de ce conduit. Après les bruyants débats qu'a suscités cette conception, qui, en somme, en vaut bien d'autres, où en est aujourd'hui M. Bouchut sur ce point important de pratique ? C'est ce que nous nous sommes empressé de vérifier de suite, et ce que nous allons dire. Il est évident que la confiance de l'auteur dans l'emploi des procédés en lesquels consista d'abord son tubage est quelque peu ébranlée. Il cite bien quelques faits où il lui semble que le moyen mécanique employé n'a pas été étranger, soit à une guérison définitive, soit à une amélioration passagère dans l'état des malades ; mais, en somme, on voit que M. Bouchut ne peut se dissimuler, et qu'il ne se dissimule pas que ces faits ne sont rien moins que probants. Est-ce à dire pourtant que le médecin de Sainte-Eugénie s'avoue vaincu ? Non assurément : et nous trouvons qu'il a raison : « Ces faits abrégés, dit-il quelque part, suffisent pour montrer qu'il y a moyen d'arriver par le larynx, et sans opération sanglante, à suppléer la trachéotomie. Il faudrait poursuivre ces recherches en arrivant à trouver un mécanisme qui permît de mettre dans le larynx deux tubes concentriques, dont l'intérieur pourrait être facilement renouvelé. C'est un problème que je ne désespère pas de résoudre. » Nous approuvons sans réserve cette constance de l'idée, mais nous voudrions que M. Bouchut mît à son service une grande partie de cette activité qu'il use à toucher à mille et une questions qu'il ne peut qu'effleurer. Que ce médecin habile

arrive sur ce point à un résultat pratique, applicable, et son nom éclipsera certainement celui de l'auteur ou des auteurs de la trachéotomie. Quand on aime la gloire, et qu'on est de trempe à en acquérir, il faut viser à une gloire solide ; les colifichets d'une gloire viagère sont indignes d'une ambition légitime.

Puisque en parlant du livre de M. Bouchut, j'ai touché à la question du croup, qu'on me permette d'ajouter que le long article consacré à cette maladie mérite d'être lu d'un bout à l'autre : nous avons remarqué là surtout une critique saine et de bon aloi, qui guidera utilement le praticien dans la connaissance, le diagnostic et le traitement d'une affection qui prélève chaque année un si lourd tribut sur les populations. Nous avons remarqué avec bonheur que le médecin de Sainte-Eugénie accorde plus de crédit à la thérapeutique médicale proprement dite que plusieurs de ses collègues dans le traitement du croup. Dans sa pensée, l'émétique à hautes doses, et administré à distances rapprochées, et quand il est toléré par le tube digestif, peut exercer une influence heureuse pour réprimer le mal, et par son action antiplastique, et par son action mécanique : c'est là une saine notion que nous l'approuvons hautement de s'être efforcé de réhabiliter ou de populariser parmi nous.

La question de la diphthérite se rattache par le lien le plus étroit au croup ; aussi bien notre savant auteur en a-t-il fait également une étude approfondie. Ici encore la leçon du médecin de Sainte-Eugénie peut et doit être en général suivie ; pourtant nous croyons qu'il y faudrait une restriction qui touche à la pathogénie du mal, et logiquement à la thérapeutique qui lui est applicable. Suivant l'auteur de l'ouvrage dont nous parlons en ce moment, la malignité, comme on continue encore à le dire, de l'affection diphthéritique dérive uniquement de l'absorption du détritus morbide par les surfaces traumatiques : cela peut être ; mais nous n'hésitons point à le dire, cela n'est pas prouvé ; et avant de conclure de cette conception le traitement qui doit être opposé au mal, il faudrait au moins que cette démonstration fût faite. M. Bouchut manque de tempérament dans la science où il en faut le plus ; c'est pourquoi nous lui crierons, comme le faisait autrefois Leibnitz à quelques-uns de ses contemporains : *Cave a consequentariis*, prenez garde aux excès de la logique. Ce point de départ posé, notre logique confrère n'hésite pas, et affirme que l'amygdalotomie peut, dans un certain nombre de cas, devenir un moyen infaillible d'arrêter immédiatement le mal : c'est M. Sédillot affirmant qu'on peut sauver l'organisme des dangers de l'infection purulente en supprimant par l'amputation, quand

elle est possible, la source où celle-ci s'alimente. La nature n'est pas si explicite dans ses enseignements, et la faire parler ainsi c'est la mal traduire.

Voici que j'arrive aux limites dans lesquelles cette notice doit se renfermer, et je n'ai touché qu'à deux ou trois points d'un ouvrage qui n'a pas moins de 1024 pages, sans compter le petit volume plus modeste de l'*Hygiène de la première enfance*, qui ne doit pas s'en séparer. Heureusement l'ouvrage de M. Bouchut peut maintenant se passer des lisières de la critique ; les trois éditions qui ont précédé celle-ci lui ont appris à marcher seul et à faire seul son chemin. Malgré sa notoriété, nous ne voudrions pas cependant qu'on ignorât qu'il y a dans le livre de M. Bouchut une innovation, qui peut le recommander d'une manière particulière aux praticiens, c'est que, bien qu'il s'agisse surtout dans ce livre de la médecine proprement dite, un bon nombre de pages y sont également consacrées à la chirurgie de l'enfance. Les puritains de la méthode pourront blâmer cette confusion, pour nous, nous ne nous en sentons pas le courage ; c'est surtout à des praticiens qu'il s'adresse, et à des praticiens qui sont à la fois chirurgiens et médecins, et qui sont heureux, quand un livre comme celui-là répond à la fois à toutes les exigences de leur pratique laborieuse. Il y a d'ailleurs une autre raison qui a pu engager l'auteur à ce mariage des deux sciences, c'est que la chirurgie de l'enfance est presque encore dans les limbes de l'esprit de M. Guersant fils, et que nul ne sait quand elle en sortira. La masse est impatiente ; maîtres de la science, c'est d'elle et non plus des rois qu'il faut redouter cette parole : *J'ai failli attendre.*

BULLETIN DES HOPITAUX.

Affection du calcanéum ; évidement de cet os substitué a l'amputation partielle du pied. — M. Sédillot a présenté encore à la Société de médecine de Strasbourg une petite fille sur laquelle il a excavé une partie du calcanéum pour en enlever toute la partie cariée de cet os, opération qui a guéri la malade. En voici l'observation recueillie par M. Pingaud, interne du service :

La malade, blonde, très-impressionnable et d'une *constitution délicate* (pas de traces de scrofules), offre les attributs du tempérament *lymphatico-nerveux*. Au dire des parents, il y a six ans elle fut affectée d'une entorse au pied droit, qui amena un gonflement considérable de toute la région calcanéenne et une gêne notable

dans les mouvements du pied, en raison de la douleur qu'ils occasionnaient. La jeune fille n'en continua pas moins à marcher pendant deux ans ; mais à cette époque la douleur modérée qu'elle avait éprouvée jusqu'alors prit une telle acuïté, que tout mouvement devint impossible, et elle fut obligée de s'aliter. Bientôt le gonflement augmenta, la peau devint rouge, luisante, tendue ; toute la région malade était douloureuse, surtout à la pression ; des collections purulentes se formèrent, s'ouvrirent spontanément, laissant après elles des trajets fistuleux dont nous parlerons plus bas.

On institua, mais en vain, un traitement révulsif ; aussi la malade se décida-t-elle à entrer à l'hôpital le 11 juillet 1861. Voici ce que l'on constata : un gonflement uniforme, peu douloureux à la pression, ne porte manifestement que sur la région du talon, mais sur elle tout entière ; l'existence de trois trajets fistuleux, dont deux externes situés au niveau de la malléole péronéale et un interne, en arrière et au-dessous de la malléole correspondante ; par la palpation on put s'assurer que le gonflement du talon est dû à l'augmentation de volume du calcanéum, les parties molles y entrent pour une part fort légère ; les mouvements communiqués du pied sont possibles, mais un peu douloureux ; en portant le stylet dans les trajets fistuleux, on pénètre assez facilement dans l'épaisseur du calcanéum, dont la substance spongieuse est diminuée de consistance, facile à rompre, raréfiée, et offre en un mot les signes d'une ostéite suppurée.

Le 17 juillet 1861, M. Sédillot procéda à l'évidement du calcanéum. A cet effet, on pratiqua sur la moitié postérieure du bord externe du pied, un peu au-dessous de la malléole, une incision semi-circulaire, à convexité dirigée en bas, longue de 4 centimètres environ et intéressant les deux fistules qui occupaient cette région. Après avoir pris garde de ne point toucher aux tendons des péroniers latéraux, on mit à nu la surface du calcanéum, que l'on trouva rugueuse et perforée, puis, à l'aide d'une gouge, on excava peu à peu l'os que l'on réduisit ainsi à sa coque extérieure. Les produits de cet évidement étaient constitués par du pus, du sang, des portions osseuses ramollies, et de petits séquestres très-friables. On remplit l'excavation intra-osseuse avec des boulettes de charpie.

Pendant la journée l'enfant éprouva peu de douleur et dormit aussi bien qu'à l'ordinaire ; le surlendemain la douleur cessa complétement, et son état général fut très-satisfaisant. On lui prescrivit alors une alimentation réparatrice, de l'huile de morue et du fer.

Le quatrième jour on enleva une portion de la charpie, laissant

à la suppuration le soin d'entraîner celle qui restait. Celle-ci se détacha bientôt, et dès lors on s'appliqua à maintenir béante la plaie des parties molles. On employa d'abord de grosses mèches de charpie, mais ce moyen ayant été reconnu insuffisant, on remplaça, le 21 août, les mèches par un gros tube de caoutchouc, qui assurait ainsi un très-libre écoulement au pus et qui maintenait la plaie des parties molles dans un degré d'écartement convenable.

Tout allait au mieux, le bourgeonnement osseux avait considérablement réduit l'excavation du calcanéum lorsque, dans les premiers jours d'octobre, la malade fut retirée de l'hôpital. Pendant ce temps on négligea de maintenir en place le tube de caoutchouc, et lorsqu'elle revint on trouva la plaie des téguments réduite à de très-petites dimensions. On se hâta de l'élargir et on ne l'abandonna à elle-même qu'au moment où la réparation osseuse fut complétement effectuée, c'est-à-dire dans les premiers jours de novembre. A la fin du mois de décembre il ne restait plus qu'une petite plaie superficielle et fournissant une quantité de pus très-minime. Pour hâter la guérison on voulut faire prendre de l'exercice à la malade, aussi lui appliqua-t-on un appareil inamovible, le 29 janvier 1862. Promptement souillé par la suppuration, on le leva le 3 février et on en appliqua un second. La malade garda celui-ci jusqu'au 6 mars, jour où elle fut présentée à la Société de médecine, marchant librement sur le talon et ses plaies complétement fermées.

« Je sais, ajoute M. Sédillot, que mon collègue, M. le professeur Rigaud, a obtenu de très-beaux succès de l'extirpation du calcanéum, avec conservation du reste du pied. Ses malades ont pu marcher ultérieurement, et l'on aurait eu de la peine à deviner qu'ils avaient subi une si grave opération. C'est une brillante ressource dans tous les cas où le calcanéum est entièrement détruit, mais dans ceux où les parois osseuses n'ont pas été complétement atteintes par la carie, l'évidement est indiqué, et la petite malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société montre clairement la valeur et l'importance de la méthode à laquelle nous avons eu si heureusement recours. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Abcès *péri-urétraux de la partie antérieure du pénis survenus à la suite de la blennorrhagie.* Les abcès péri-urétraux constituent une complication assez rare de la blennorrhagie, pour qu'il y ait de l'intérêt à faire connaître les faits qu'a observés M. le docteur G. Lagneau fils. On sait que les abcès péri-urétraux présentent de très-nombreuses variétés. Les uns ne sont liés à aucune lésion du canal, et n'affectent avec cet organe qu'un rap-

port de voisinage; ils comprennent les abcès symptomatiques des lésions du rectum et du périnée, d'altérations osseuses plus ou moins éloignées. Les autres surviennent à la suite d'un état pathologique quelconque du canal. Tels sont : les abcès déterminés par un traumatisme accidentel ou chirurgical de l'urètre ; les abcès qui sont la suite de rétrécissements urétraux ; enfin ceux qui viennent compliquer la blennorrhagie ou le chancre urétral. Parmi ceux de cette dernière catégorie, on fait encore quelques distinctions : les uns, ordinairement déterminés par la blennorrhagie, se développant dans les glandes de Méry et de Cowper, et siégeant au périnée, en arrière des bourses; les autres, le plus souvent déterminés par la blennorrhagie, exceptionnellement par le chancre larvé, occupant la partie pénienne de la verge, en avant du scrotum. C'est à ce dernier groupe que paraissent devoir être rattachés les faits observés par M. G. Lagneau et dont voici la relation sommaire :

Obs. I. M***, âgé d'environ trente-cinq ans, trois jours après des relations sexuelles, vit apparaître un écoulement urétral ne s'accompagnant d'aucune douleur. Il s'administrait de lui-même des capsules de copahu, lorsque, au bout d'une vingtaine de jours, il reconnut sur le côté droit du freiu, au filet du prépuce, une très-petite tumeur. Il alla alors consulter M. Lagneau ; l'écoulement urétral était peu abondant, blanc, épais; l'émission de l'urine n'était nullement douloureuse; la tumeur, grosse comme une petite noisette, était à peu près sphérique, dure, résistante, assez mobile sous le tégument, qui était rouge, sans être épaissi. Deux jours après, la tumeur s'ouvrit et laissa s'écouler un peu de pus par un petit orifice blanchâtre voisin du filet. Cinq jours plus tard, la tumeur, quoique présentant encore une certaine dureté, était diminuée de volume ; l'écoulement urétral, toujours blanc, avait un peu augmenté ; le traitement antiblennorrhagique fut continué, sans nouvel incident.

Obs. II. Un jeune homme de vingt-cinq ans, à la suite de rapports sexuels, vit paraître un écoulement urétral. Bientôt, sur le côté droit du frein, se montra une petite tumeur du volume d'une grosse lentille. Cette tumeur fut ouverte, quelques gouttes de pus s'en écoulèrent. Du côté gauche du frein, une nouvelle tumeur se manifesta; par suite de son accroissement, le frein distendu devint le siége de douleurs assez vives, surtout lors des érections. Cette seconde tumeur, plus considérable que la première, s'ouvrit bientôt. Lorsque M. Lagneau vit le malade, l'écoulement urétral était blanc jaunâtre, excessivement abondant; le méat n'était ni ulcéré ni rouge. Le canal était peu sensible, sauf au niveau de la fosse naviculaire, où sa paroi semblait être le siége d'une sorte d'épaississement mal délimité, en connexion avec la base de deux excroissances formées de chaque côté du frein par la procidence des orifices des deux tumeurs d'où suintait une matière séro-purulente. Les ganglions inguinaux n'étaient pas tuméfiés. M. Lagneau a appris depuis que ces excroissances, ainsi que l'écoulement urétral, n'avaient pas tardé à se guérir, mais qu'un peu d'engorgement avait subsisté quelque temps encore dans le tissu cellulaire intermédiaire à la fosse naviculaire et au frein du prépuce.

Obs. III. Un homme de trente-cinq ans avait eu antérieurement plusieurs blennorrhagies. Durant l'une d'elles, il s'était déjà manifesté en avant du scrotum un petit engorgement paraissant situé dans l'épaisseur de la paroi du canal de l'urètre. A la suite de relations sexuelles, un nouvel écoulement urétral commença à se montrer. Après avoir disparu complétement sous l'influence de quelques injections astringentes, il se montrait de nouveau, lorsque au bout d'une quinzaine de jours une petite tumeur se développa du côté droit de la verge, à environ 5 centimètres du méat urinaire, dans le sillon latéral intermédiaire au canal et à la partie correspondante du corps caverneux. Après avoir pris avis de diverses personnes, il alla consulter M. Lagneau. Le méat urinaire était rouge, le canal paraissait assez enflammé, l'émission des urines, quoique n'éprouvant aucun obstacle, déterminait de la douleur, non plus comme au début de l'écoulement vers la fosse naviculaire, mais dans une grande étendue du canal jusque dans la région périnéale. L'écoulement blanc verdâtre était assez abondant, nullement sanguinolent. Les vaisseaux lympathiques du dos de la verge et les ganglions inguinaux de l'un et l'autre côté étaient à l'état normal. La tumeur, située sur le côté droit du pénis, adhérente à l'urètre, mais non à la peau, était sphérique, grosse comme une petite noix. M. Lagneau reconnut un abcès

péri-urétral blennorrhagique. Au traitement précédemment prescrit, il ajouta les bains locaux émollients, et recommanda de s'abstenir de toute injection irritante. Quelques jours après, la tumeur s'ouvrit à l'extérieur. Douze jours après cette ouverture spontanée, la sécrétion purulente était tarie, et la tumeur avait presque complètement disparu ; elle était réduite au volume d'une grosse lentille ; l'écoulement de l'urètre avait aussi presque entièrement cessé, sous l'influence de l'administration du cubèbe à dose croissante.

S'agissait-il, dans ces trois cas, d'abcès symptomatiques de chancres urétraux, ou d'abcès déterminés par des blennorrhagies, et dans cette dernière hypothèse, avaient-ils pour siége initial les glandules de la muqueuse urétrale ou le tissu cellulaire péri-urétral ? L'absence d'induration bien limitée, de stries sanguines dans la matière de l'écoulement et d'adénites inguinales, enfin l'absence d'ulcération intra-urétrale visible au travers du méat urinaire, firent écarter la première supposition. Quant au siége précis de ces abcès, savoir s'il était dans le tissu cellulaire péri-urétral, ou dans quelques glandules plongées dans ce tissu cellulaire, c'est ce qu'il était difficile de déterminer. Quoi qu'il en soit, sur ce dernier point, il ressort de ces faits la démonstration de la tendance qu'ont ces abcès à s'ouvrir à l'extérieur. Et, quoiqu'il n'y ait pas un grand inconvénient à les ouvrir, ainsi qu'on le conseille généralement, il semble possible, d'après cela, de se dispenser d'intervenir chirurgicalement en pareil cas. (*Gaz. hebdomad.*, mai 1862.)

Bichromate de potasse *contre les polypes du nez.* Ayant constaté l'efficacité du bichromate de potasse dans le traitement des végétations syphilitiques, M. le docteur Frédéricq en a appliqué l'emploi au traitement des polypes muqueux du nez. Il a traité par le bichromate de potasse une vingtaine de cas de polypes du nez, dit-il, avec un succès constant. Au moyen d'un petit pinceau, il applique une couche d'une solution aqueuse, saturée de bichromate, sur la partie accessible du polype, en évitant, autant que possible, d'humecter les parties voisines, et cette opération est répétée chaque fois. Elle ne provoque généralement ni démangeaison, ni douleur ; mais au bout d'un temps variable (ordinairement trois ou quatre jours), le polype devient le siége d'une sorte d'inflammation qui se communique quelquefois au nez ; celui-ci se gonfle alors, et souvent un liquide aqueux et un peu âcre s'écoule des fosses nasales. Mais cette inflammation ne doit inspirer aucune inquiétude ; elle ne dure jamais deux fois vingt-quatre heures. C'est pendant la durée de cette espèce d'irritation qu'il se fait un travail actif de résorption ; une fois l'irritation dissipée, on peut constater que le polype a disparu en partie ou en totalité. M. Frédéricq a vu quelquefois une escarre sèche et brunâtre se former sur la tumeur, sans que le résultat du traitement en fût d'ailleurs modifié. Lorsque les premiers signes de l'inflammation se manifestent dans la tumeur (ce qui se reconnaît à la douleur), M. Frédéricq suspend immédiatement l'application du bichromate, pour y revenir ensuite, s'il y a lieu, dès que l'irritation est calmée. Il n'est pas rare de voir guérir les polypes au bout de cinq ou six jours, après une seule application : une fois que la guérison est obtenue, la récidive est rare.

Les cas de polypes soumis à ces applications étaient tous muqueux, à l'exception d'un seul qui était fibreux, et qui ne paraît pas avoir été guéri radicalement (nous ferons remarquer, à cette occasion, que ce sel n'a pas produit, en général, les effets qu'on en espérait dans le traitement des excroissances verruqueuses, d'après les premiers faits annoncés. Du reste, M. Frédéricq a fait lui-même cette observation : il a vu que, dans les cas où les verrues étaient détruites par ce moyen, elles ne l'étaient que beaucoup plus lentement). Enfin, M. Frédéricq fait remarquer que jamais le bichromate de potasse n'a produit entre ses mains les symptômes dynamiques qui succèdent à son absorption. (*Annal. de Gand* et *Gaz. méd.*, juin 1862.)

Blépharoptose (*Sur deux nouvelles causes et sur une nouvelle méthode curative de la*). Les médecins qui ont l'habitude d'observer et de soigner les maladies des yeux rencontrent fréquemment des malades qui présentent l'abaissement palpébral sans pouvoir souvent le considérer comme un résultat des causes ordinaires de cette infirmité, c'est-à-dire de l'allongement de la couche cutanée des paupières et de la paralysie du muscle élévateur. M. de Luca, chirurgien de l'hôpital des incurables de Naples, a

eu occasion de soigner beaucoup de ces malades affectés de granulations de la conjonctive palpébrale, et sans s'occuper de la blépharoptose, il soignait d'abord les granulations au moyen des scarifications. Avec cette méthode, dit-il, on obtient non-seulement la destruction des granulations, mais consécutivement et d'une manière progressive la disparition de l'abaissement palpébral.

M. de Luca a été conduit, par ces faits, à admettre une nouvelle cause de blépharoptose à laquelle ensuite il a eu des motifs d'en adjoindre une autre. Cette dernière consiste dans la transformation du tissu conjonctival des paupières en tissu fibreux ou cartilagineux qui empêche les paupières de se replier et de s'élever en anéantissant l'action du muscle élévateur. Cet état pathologique est la conséquence de conjonctivites antécédentes et réitérées, d'exulcérations de la conjonctive, et de l'application faite mal à propos et mal réglée des caustiques, notamment de l'azotate d'argent. Lorsque le tissu de la conjonctive s'est transformé en tissu, tantôt fibreux ou cartilagineux, et tantôt cicatriciel, il a perdu sa vascularité et sa souplesse; aussi crie-t-il sous l'instrument et ne saigne-t-il qu'après de nombreuses scarifications. Ces scarifications attirent, mais d'abord avec difficulté, le sang vers les petites incisions produites; puis, par suite d'une reproduction d'éléments histologiques de plus en plus nouveaux, ce tissu fibreux commence à se vasculariser, et la conjonctive reprend tous les caractères normaux; l'élévateur alors devient libre de son action et les paupières peuvent se replier et s'élever à volonté.

En résumé, aux causes connues de blépharoptose, il faut, d'après M. de Luca, en ajouter deux: les granulations et la transformation de la conjonctive palpébrale en tissu anormal; deux genres de blépharoptose dont le remède consiste dans les scarifications. (*Gaz. hebdomad.*, mai 1862.)

Charbon de bois (*Bons effets des lavements de*) *dans la dyssenterie avec putridité des matières excrétées.* Appliquer aux organes profonds, mais accessibles aux agents extérieurs, les moyens topiques qui réussissent communément sur les surfaces superficielles du corps, est une idée si simple et si naturelle, qu'on s'étonne qu'elle n'ait pas été plus tôt et plus souvent mise en pratique. Cette réflexion, que nous faisions, dans les termes qui précèdent, il y a quelques années (t. XLV, p. 381), à propos d'un cas où des injections de charbon avaient été faites avec succès dans la cavité de l'utérus pour combattre la putrescence de cet organe, nous est remise en mémoire aujourd'hui par un fait, où le même agent désinfectant a été employé d'une manière semblable et avec un égal avantage, dans un état analogue du gros intestin. Il s'agit d'un cas de dyssenterie avec sels putrides, dans lequel la poudre de charbon (déjà opposée du reste à ce même symptôme, mais à l'intérieur) fut administrée sous forme de lavement.

Ce fait est celui d'un homme de trente-quatre ans, entré à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, le 3 avril dernier, dans le service du docteur Farre, pour une dyssenterie dont l'existence remontait à dix semaines. Les garde-robes étaient fortement sanglantes et les douleurs très-vives. Les poudres grise et de Dower ayant été employées d'abord, sans effet avantageux, l'acétate de plomb et l'opium furent prescrits, qui amenèrent de l'amélioration; mais les matières continuèrent à rester horriblement fétides. Ce fut dans ces conditions qu'on songea à utiliser les propriétés antiputrides bien connues de la poudre de charbon, laquelle administrée en injections dans le rectum, agit d'une manière vraiment admirable. Il fallut en continuer l'usage pendant huit jours, au bout desquels tout symptôme dyssentérique avaient complétement disparu. La cure fut ensuite complétée par les toniques, le taraxacum, la gentiane. (*Lancette*, nº 20, mai 1862.)

Chute du rectum (*Traitement de certaines formes de*) *qui n'admettent pas la ligature.* Le traitement dont il s'agit consiste à cautériser la muqueuse rectale prolabée par l'acide nitrique et à exciser ensuite quelques plis cutanés autour de la marge de l'anus. Ce procédé, recommandé par M. Smith, est réservé exclusivement pour les cas qui se refusent à la ligature; ce sont particulièrement ceux dans lesquels la muqueuse est fortement congestionnée et facilement saignante, sans avoir subi une altération de structure plus profonde. Dans ces conditions, et alors même que la partie herniée a acquis un volume considérable, la réduction s'opère parfois spontanément à la suite de l'applica-

tion de l'acide, et, dans tous les cas, elle est beaucoup facilitée. Quant à l'excision des plis cutanés de la marge de l'anus, M. Smith la fait quelques jours après la cautérisation; il emporte, avec des ciseaux courbes, un pli à la fois cutané et muqueux, soulevé à l'aide de pinces à mors larges, et il fait cette excision, non pas longitudinalement ou suivant un rayon, mais tangentiellement. Le nombre des excisions doit être généralement de trois ou quatre. (*Med. Times and Gaz.* et *Gaz. méd. de Paris*, mai 1861.)

Clitoris (*Amputation du*) *dans les cas de masturbation accompagnée de développement de désordres intellectuels.* Dans deux cas de masturbation poussée jusqu'à la fureur chez deux petites filles et qui avaient résisté à tous les moyens moraux et physiques usités en pareille circonstance, le docteur Cooper, de San-Francisco, a eu recours à un moyen extrême, l'amputation du clitoris. L'une de ces petites filles était âgée de treize ans; par suite de ce vice, poussé à l'extrême, son intelligence, jadis brillante, s'était obscurcie, et elle s'était déjà portée à une tentative de suicide. Perdant tout espoir et au moment de la faire entrer dans un asile d'aliénés, la mère vint trouver M. Cooper et le pria de faire tout ce qu'il serait possible. L'enlèvement du clitoris fut proposé, accepté et pratiqué. Une petite partie des nymphes fut également enlevée; il y eut à peine hémorrhagie. L'enfant, après sa guérison, cessa de se livrer à ses funestes habitudes; les facultés intellectuelles s'améliorèrent, sauf sa mémoire, qui était et resta presque entièrement perdue.

Le même chirurgien fut consulté pour une autre petite fille de dix ans, livrée aux mêmes habitudes. L'idiotie avait fait, comme dans le premier cas, des progrès rapides. La même opération fut pratiquée. L'enfant cessa de se livrer à ses funestes manœuvres, et l'intelligence reparut tout entière.

Un moyen analogue chez l'homme, mais beaucoup plus grave encore par ses conséquences et beaucoup moins justifiable que le précédent, la castration, a été mis en usage, pour masturbation accompagnée d'épilepsie, par un chirurgien de Castleton, M. Rookor. Une lettre de ce chirurgien à la *Lancette* de Cincinnati donne des détails sur les résultats de cette opération. Pendant les huit mois d'observation ultérieure, l'épilepsie ne reparut pas, mais il y avait encore de temps en temps quelques tentatives de masturbation. L'intelligence, très-altérée, s'était améliorée, mais l'opéré était devenu indolent, gras et paresseux. Nous ne pensons pas qu'un moyen aussi *radical*, même pour une affection aussi grave que l'épilepsie, alors surtout qu'elle tient à une cause à laquelle il est possible, en définitive, de voir mettre un terme, doive jamais être usitée. (*Journ. americ.* et *Gaz. hebdomad.*, mai 1862.)

Cytise (*Principes actifs et emploi thérapeutique du*). L'histoire clinique du cytise n'avait guère été faite jusqu'à ce jour qu'au point de vue de la toxicologie. M. le docteur Th. Scott Gray a repris, au double point de vue de la chimie et de la thérapeutique, l'étude du cytise. Il y a trouvé trois substances actives distinctes et différentes de la cytisine découverte par MM. Chevallier et Lassaigne, à savoir: un acide, qu'il appelle acide *laburnique* (de cytisus laburnum), et deux principes amers neutres, auxquels il donne les noms de *laburnine* et de *cystinea*. Avec ces trois principes, on peut faire plusieurs préparations pharmaceutiques, des extraits, des poudres, etc.

M. Gray ne donne pas de formule pour la préparation de l'extrait qui peut être donnée à la dose de 5 milligrammes à 10 centigrammes. Les doses des principes actifs sont: pour l'acide laburnique, de 5 à 30 centigrammes; pour la *cystinea*, de 5 milligrammes à 20 centigrammes, et pour la laburnine, de 25 à 60 centigrammes.

On attribue généralement au cytise des propriétés irritantes, et on explique ainsi les vomissements et la diarrhée qu'il produit quelquefois. D'après M. Gray, c'est là une erreur. Les préparations de cytise n'exercent aucune action irritante sur le tube digestif et tendent plutôt à produire la constipation que la diarrhée. Quant aux nausées et aux vomissements que l'on observe quelquefois, ces symptômes sont dus à l'action de l'acide laburnique sur le système nerveux. On peut les éviter facilement en se tenant dans les limites des doses ci-dessus indiquées.

Les différentes préparations données à ces doses exercent toutes à peu près la même action sur l'économie. Après une légère excitation du système nerveux, accompagnée d'un peu d'accélération du pouls et de la respiration, le pouls est ralenti et l'excitation est remplacée par de la langueur et

de la tendance au sommeil. On obtient ainsi un effet narcotique très-tranché. La sécrétion urinaire est habituellement un peu augmentée. Les préparations de cytise ont, en outre, des propriétés stomachiques, et il est probable qu'elles activent la sécrétion de la bile. M. Gray les a surtout trouvées utiles dans le traitement de la dyspepsie bilieuse avec vomissements bilieux périodiques et alternatives de constipation et de diarrhée. Il donne, dans ce cas, des doses plus élevées, trois fois par jour avant le repas, pendant six semaines ou deux mois; l'appétit ne tarde pas à revenir, en même temps que les vomissements s'arrêtent. Les préparations de cytise paraissent d'ailleurs exercer une action favorable dans la plupart des dérangements des fonctions du foie; elles arrêtent rapidement les vomissements des enfants quand ils sont dus à une irritabilité exagérée de l'estomac; il faut les donner, dans ces cas, environ dix minutes avant les repas et n'employer que des doses peu élevées. Elles pallient assez bien les quintes de la coqueluche, quand on administre de petites doses souvent répétées. Elles ont été employées avec avantage dans quelques cas de vomissements sympathiques des premiers temps de la grossesse. Elles peuvent également rendre des services dans le traitement du prurigo; des doses très-élevées, répétées quatre fois par jour, sont ici nécessaires, et on fait bien d'employer en même temps une décoction de cytise à l'intérieur. On obtient encore de ces préparations un effet sédatif utile pour calmer la toux dans la bronchite et la dyspnée dans l'asthme. (*Edimb. med. Journ.* et *Gaz. méd. de Paris*, juin 1862.)

Entropion *produit par un changement de courbure du tarse, consécutif à un rétrécissement cicatriciel; guérison.* M. le docteur Pagenstaeber applique dans ce cas un procédé opératoire qui est une combinaison de l'opération indiquée par M. Gaillard, avec l'opération du blépharo-phimosis. Voici de quelle manière il l'exécute: On incise la commissure externe dans une étendue de 6 à 8 millimètres, en comprenant toute l'épaisseur des tissus qui composent ce qu'on appelle le ligament latéral externe. En écartant les lèvres de la plaie par une traction exercée de haut en bas, on transforme la section horizontale en une section verticale, et l'on réduit alors les parties correspondantes de la muqueuse avec celles de la peau. En procédant de cette manière, on empêche la réunion de la plaie, et l'on obtient les résultats suivants : 1° La fente palpébrale sera allongée de 2 à 4 millimètres ; 2° on aura produit un entropion modéré, occupant un espace de 2 à 4 millimètres ; 3° par l'interposition de la muqueuse entre les fibres des muscles orbiculaires, on aura diminué l'énergie de son action. Des ligatures seront alors placées sur la paupière légèrement renversée, et l'on aura soin de les mettre là où la position vicieuse des cils sera plus prononcée. On soulèvera dans ce but la peau de la paupière, qui est devenue plus lâche, de manière à avoir, dans un pli parallèle au bord palpébral, le plus possible des fibres des muscles orbiculaires. Une aiguille munie d'un fil bien ciré sera enfoncée à la base de ce pli. En entrant par le bord orbiculaire, on fera glisser l'aiguille tout près du tarse, et l'on choisira le point de sortie en dehors des orifices des glandes de Meïbomius. Le fil sera aussitôt bien serré, et on le laissera s'éliminer par suppuration, ce qui aura lieu dans l'espace de six à dix jours. Dans la plupart des cas, deux à trois ligatures suffiront pour faire basculer le bord de la paupière. On pourra d'ailleurs se rendre compte de l'effet que produira chaque ligature, en soulevant le pli qu'elle doit traverser.

Voici les avantages que M. Pagenstacher reconnaît à son procédé : 1° La pression que la paupière exerce sur le globe sera diminuée par l'élargissement de la fente palpébrale, de même que par la diminution de l'énergie des muscles orbiculaires des paupières ; 2° on remédiera au frottement des cils contre la cornée, et 3° on conservera les cils en favorisant leur croissance normale. Quant aux traces que les ligatures laisseront après elles, elles ne tarderont pas à disparaître. (*Ann. d'ocul.*, et *Gaz. méd. de Paris*, juin 1862.)

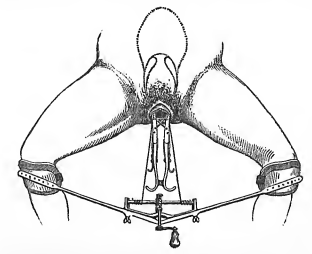
Prurit de la vulve *guéri par l'épilation.* Il faut, avant de recourir à des remèdes énergiques et d'épuiser les ressources de la thérapeutique, se bien assurer d'abord de la cause de la lésion que l'on veut combattre, afin de de voir si par hasard la plus simple opération n'aurait pas plus d'effet que tout cet attirail de ressources plus ou moins empiriques. Exemple, le fait suivant, rapporté par M. le docteur Meigs, ci-devant professeur d'accou-

chement sau collége médicalde Jefferson. Dans un cas de prurit de la vulve, les moyens les plus variés, y compris la cautérisation avec le nitrate d'argent, avaient été employés avec persévérance sans produire le moindre effet. L'examen direct révéla immédiatement à M. Meigs la cause de l'opiniâtre persistance du prurit. Les bords des grandes lèvres étaient garnies de poils volumineux, droits et roides, analogues aux cils, et tous dirigés de dehors en dedans, de manière à irriter incessamment la muqueuse vulvaire : c'était le pendant le plus exact du trichiasis. Une épilation méthodique triompha rapidement de tous les accidents. (*Americ. journal* et *Gaz. méd.*, juin 1862.)

VARIÉTÉS.

Forceps à traction continue et à pression progressive.

M. le docteur Chassagny (de Lyon), qui, au début de cette année, avait soumis au jugement de l'Académie son nouveau modèle de forceps, est venu, dans la dernière séance, répondre à quelques-unes des objections qui avaient été faites à son instrument.



Cet appareil, ainsi que le montre la figure ci-dessus, se compose d'un arc de cercle qui prend son point d'appui sur les genoux de la malade, et présente à sa partie moyenne une manivelle qui, par l'intermédiaire d'une vis sans fin, met en mouvement un arbre sur lequel s'enroule une corde qui est attachée au forceps aussi haut et aussi près que possible de la tête. En agissant sur cette manivelle, on opère des tractions aussi lentes et aussi modérées que peut le désirer l'accoucheur le plus prudent.

Cet instrument, qui, à l'époque ne comptait encore que de rares succès, a fait ses preuves aujourd'hui, dans les cas les plus difficiles, et en présence des praticiens les plus recommandables et des hommes qui, à Lyon, occupent en obstétrique les positions les plus élevées. Cependant il a soulevé et il soulève encore de nombreuses objections; la plus grave, celle qui se présente le plus naturellement à l'esprit, c'est que l'on substitue ainsi à l'intelligence de l'accoucheur, une machine aveugle, brutale, inintelligente, incapable d'exercer des tractions rationnelles, pouvant bien par la violence triompher de quelques difficultés, mais en brisant tous les obstacles.

Le docteur Chassagny s'élève contre cette objection; il prétend, au contraire, que son instrument agit en tirant exactement suivant les axes du bassin, qui ne peuvent pas toujours être reconnus par l'accoucheur. Il prétend que dans

tout accouchement terminé à l'aide de son appareil il a été dépensé moins de force qu'il n'en eût fallu employer par la méthode ordinaire; il croira avoir mis hors de doute cette proposition, s'il est parvenu à démontrer :

1° Qu'il est à peu près impossible à l'aide des tractions manuelles de diriger la tête du fœtus suivant les axes du bassin, et que son appareil remplit parfaitement cette indication ;

2° Que les tractions hors de l'axe des détroits ont pour résultat de créer, dans des points limités du bassin, des pressions considérables, qu'il a pu mesurer, peser et traduire en chiffres ;

3° Que le précepte de tirer en arrière dans le premier temps de l'opération est irrationnel, et qu'en le suivant on atteint un but diamétralement opposé à celui qu'on se propose ;

4° Enfin, comme corollaire des propositions précédentes, qu'une tête qui a résisté aux efforts d'un homme vigoureux, pourra sans peine être extraite à l'aide de son appareil, sans violence et en ne dépassant pas une force de 40 ou 50 kilogrammes au plus.

L'appareil à l'aide duquel le docteur Chassagny fait ces démonstrations, se compose d'une espèce de boîte rectangulaire dans laquelle est fixé un bassin artificiel en tôle, dont on peut à volonté exagérer les rétrécissements du diamètre antéro-postérieur. Ce bassin est fixé de manière à pivoter sur deux axes, représentés par deux tiges métalliques plantées à peu près au milieu de chaque fosse iliaque externe, et traversant les parois latérales de la boîte, en dehors d'une desquelles une autre tige métallique, fixée solidement sur l'extrémité du pivot, décrit des arcs de cercle d'autant plus étendus que l'un déviera davantage le bassin.

Une série de ressorts agissant sur cette tige tendront à rendre progressive la résistance que l'on éprouvera pour produire ces déviations; en même temps deux aiguilles à frottement placées à son extrémité indiqueront jusqu'où elle a été portée, et la pression que la symphyse du pubis a dû supporter, soit à sa partie inférieure, soit à sa partie supérieure, suivant que la déviation a été produite en haut ou en bas. Cette pression a été pesée à l'avance et cotée sur chacun des cadrans correspondant à chaque aiguille.

Un fœtus étant placé dans ce bassin, la tête saisie par le forceps, dès les premières tractions on voit qu'elles ne s'exercent pas suivant l'axe du bassin, que les aiguilles sont considérablement déviées, et que par l'action de porter en arrière les manches de l'instrument, on porte la tête en avant, en exerçant une pression considérable sur la partie supérieure de la symphyse, pression qui atteint facilement 25 kilogrammes, limite extrême que l'instrument peut mesurer.

Il est donc évident que dans les tractions à la main, le forceps devient pour l'accoucheur un véritable levier, et que la pression de dedans en dehors que la tête doit exercer sur le bassin ne se répartit pas sur toute la surface, mais qu'elle s'exerce sur des points limités et dans des proportions effrayantes.

Et cependant ces pressions indépendantes de la traction n'ont pas pour résultat de coopérer à la progression de la tête, au contraire elles lui nuisent; elles devront rendre les efforts de traction infiniment plus considérables, augmentant encore dans la même proportion la compression qu'auront à subir la matrice, la vessie, les os eux-mêmes, et multipliant les chances de produire des ruptures des symphyses, des fistules vésico-vaginales, des escarres gangréneuses, etc.

Pour démontrer sa dernière proposition, le docteur Chassagny tire avec énergie sur la tête, qui résiste à tous ses efforts; plaçant alors son appareil, il l'amène avec une force moyenne de 40 kilogrammes, sans que les aiguilles aient subi aucune déviation, prouvant ainsi que ces tractions ont été exercées rigoureusement suivant les axes du bassin, et que c'est à cette heureuse direction qu'il doit de n'employer qu'une force relativement si minime.

Parmi les prix distribués par l'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, dans sa séance du 15 juin, il en est deux auxquels nous devons une mention toute spéciale : *la médaille d'or*, décernée à M. le docteur Giraud-Teulon, pour ses travaux sur la vision binoculaire, et *la médaille de vermeil*, avec rappel de médaille, à M. le docteur Millon, pour ses considérations sur les ouvriers en cuivre.

Deux sociétés locales agrégées à l'Association générale viennent de se former pour l'arrondissement de Brives (Corrèze) et pour l'arrondissement de Narbonne. La Société médicale de la Haute-Loire, siégeant à Chaumont, a voté son agrégation à l'Association générale. Enfin, les médecins du département de l'Eure sont convoqués à Evreux pour constituer une Société locale.

MM. Grandjean, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'École de médecine de Nancy, et Nicklès, professeur de chimie à la Faculté des sciences de la même ville, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Notre distingué confrère M. le docteur Ehrmann, médecin major de première classe, parti pour le Mexique avec les troupes françaises, au commencement de février, vient d'être nommé médecin en chef du corps expéditionnaire, en remplacement de M. Ludger-Lallemand, décédé.

Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gayet.

M. le docteur Petrequin vient d'être nommé médecin consultant et administrateur du dispensaire général de Lyon.

Le *Mémorial des Deux-Sèvres* nous apprend que la mort vient de frapper un des hommes les plus honorables de ce pays : M. Audouin, médecin à Beauvoir.

Un des chirurgiens les plus distingués de l'Angleterre, le docteur Stanley, vient de mourir presque subitement.

Le nouvel hôpital militaire établi pour la garnison de Paris et des forts, sur l'emplacement et dans les anciens bâtiments de l'hospice des incurables, s'ouvrira le 1er juillet, sous le nom d'*hôpital Saint-Martin*.

La Société centrale de médecine du département du Nord établit un double concours. Voici le programme du concours annuel :

Concours annuel. — Tous les praticiens français et étrangers sont invités à prendre part au concours annuel. Les mémoires, lisiblement écrits en français et en latin, seront seuls admis à concourir. Les mémoires seront envoyés suivant la forme académique. La clôture du concours annuel est fixée au 1er juin 1863 (terme de rigueur). Voici la liste des questions à traiter : — *Chirurgie.* 1° Des altérations organiques du rocher ; 2° De l'iridectomie considérée comme moyen thérapeutique de certaines affections oculaires. — *Médecine.* Rechercher les moyens les plus propres à prévenir la phthisie pulmonaire, ou bien à en retarder ou en arrêter les progrès. — *Hygiène.* De l'influence que la filature de lin (au mouillé) exerce sur la santé des ouvriers. — *Thérapeutique.* De l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales. — *Art vétérinaire.* De la valeur de l'inoculation dans la pleuro-pneumonie épizootique bovine. — *Pharmacie.* Faire connaître un procédé simple et d'une application facile au moyen duquel on puisse déterminer extemporanément, et d'une manière suffisamment rigoureuse, la quantité d'huile volatile de moutarde à laquelle une poudre quelconque de cette graine soit susceptible de donner naissance.

Prix. — Chacune de ces questions peut obtenir : 1er prix, médaille d'or ; 2e prix, médaille d'argent. Mention honorable.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU SOIXANTE-DEUXIÈME VOLUME.

A

G

H

I

FIN DE LA TABLE DU TOME SOIXANTE-DEUXIÈME.



PARIS. — TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7.